

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, DIAGNOSTICADOS DE COVID  
19, AREQUIPA 2021”**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Loayza Rojas, Helena Emperatriz**  
Para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujano.**

Asesor:  
Dra. Chuquipalla Zamalloa, Maribel

**Arequipa - Perú**

**2021**

## DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 26 de Mayo del 2021

**Dictamen: 003889-C-EPMH-2021**

Visto el borrador del expediente 003889, presentado por:

**2014600092 - LOAYZA ROJAS HELENA EMPERATRIZ**

Titulado:

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, DIAGNOSTICADOS DE COVID 19, AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1116 - VASQUEZ HUERTA VICTOR LUIS  
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIA

*A Dios, por encaminar mis pasos, por ser la base de mi vida y darme la fuerza y sabiduría necesaria para afrontar toda dificultad.*

*A Elena, mi madre, por ser ejemplo de mujer, por su fortaleza y nobleza, por su temperamento que fue el que me formó, por haberme apoyado en cada instante y ante cada dificultad, por nunca haber dudado de mí y por el amor infinito que me da.*

*A Edmundo, mi padre, por ser mi primer maestro, por su apoyo incansable, por su paciencia y nobleza, por haberme guiado en cada paso de mi carrera y por su amor inagotable que me impulsa a seguir esforzándome cada día.*

*A mis hermanos Carlos y Miguel, por ser mis primeros amigos, y por impulsarme a ser mejor cada día.*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mi Dios, porque sin el nada es posible, porque me ha permitido tener una familia que me ama, y nos da salud cada día, porque nunca me ha permitido estar sin su protección, y porque sé que ante todas las cosas siempre estará Él al frente.

Agradezco a mamá y papá, por ser mi fuerza ante las adversidades, por no permitirme caer y cuando lo hago ayudarme a levantar, por todo el apoyo y el amor que me brindan día a día, y porque sé que en sus brazos nada malo va a pasar.

Agradezco a la Universidad Católica de Santa María, por ser mi casa de estudios y durante estos años mi segundo hogar, porque ahí pasé momentos inolvidables, éxitos, fracasos, porque me permitió formarme en esta carrera que tanto quiero, porque me dio grandes maestros y me permitió conocer a grandes amigos para toda la vida

Agradezco al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza por ser mi primera sede del internado, donde aprendí muchas cosas y conocí gente maravillosa, de aquí me llevo los mejores recuerdos para la vida

Agradezco al Hospital Goyeneche por ser el lugar donde concluí mi internado y de donde me llevo gran parte de los conocimientos para mi desempeño de la labor médica y cuidado de mis pacientes.

Agradezco a mis docentes, grandes médicos que fueron parte fundamental de mi formación como médico, y cuyos conocimientos impartidos pondré en práctica de ahora en adelante.

Agradezco a mis amigas, Carol, Andrea y Carolina, y a mis amigos Andhers y Cesar, quienes me acompañaron desde el inicio de esta carrera, con quienes compartí infinidad de anécdotas y siempre me impulsaron a saber más, a ser mejor ser humano y me dieron su apoyo siempre que lo necesité.

*“Ningún pesimista ha descubierto nunca el secreto de las estrellas, o navegado hacia una tierra sin descubrir, o abierto una nueva esperanza en el corazón humano.”*

*.-Hellen Keller*



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Establecer la relación existente en pacientes que contrajeron COVID 19 y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, en personal de salud del HRHDE.

**METODOS:** Se realizó un trabajo de investigación de tipo correlacional, analítico, observacional, retrospectivo, de corte transversal. La población de estudio comprendió a 137 Trabajadores del sector salud, incluyendo médicos, enfermeras y obstetras del HRHDE que habían contraído COVID 19 previamente, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para determinar la relación entre las variables se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

**RESULTADOS:** Un 68.61 % del personal de salud del HRHDE que contrajo COVID 19, presentaron síntomas de ansiedad, mientras un 31.39% resultó asintomático. El 70.07 % del personal de salud presentaron síntomas de depresión, mientras el 29.93 % restante resultó asintomático. Después de aplicar la prueba de chi cuadrado, se determinó que, de los factores sociodemográficos, solamente el grupo ocupacional presenta una relación estadística significativa ( $p < 0.05$ ) con la frecuencia de ansiedad en el personal de salud del HRHDE que fue diagnosticado de COVID 19; mientras que ninguno de los factores sociodemográficos presenta relación estadística con la frecuencia de depresión en el personal de salud.

**CONCLUSIONES:** Existe una relación importante entre El COVID 19 y la presencia posterior de síntomas de ansiedad y depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, depresión, personal de salud, COVID 19

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Establish the existing relationship in patients who contracted COVID 19 and the presence of symptoms of anxiety and depression, in HRHDE health personnel.

**METHODS:** An observational, retrospective, cross-sectional research work was carried out. The study population comprised 137 Healthcare Workers, including HRHDE doctors, nurses, and obstetricians who had previously contracted COVID 19, who met the inclusion criteria. To determine the relationship between the variables, the chi-square test was applied with a significance level of 5%.

**RESULTS:** 68.61% of the HRHDE health personnel who contracted COVID 19 presented anxiety symptoms, while 31.39% were asymptomatic. 70.07% of the health personnel presented symptoms of depression, while the remaining 29.93% were asymptomatic. After applying the chi-square test, it was determined that, of the sociodemographic factors, only the occupational group presents a statistically significant relationship ( $p < 0.05$ ) with the frequency of anxiety in HRHDE health personnel who were diagnosed with COVID 19; while none of the sociodemographic factors presents a statistical relationship with the frequency of depression in health personnel.

**CONCLUSIONS:** There is an important relationship between COVID 19 and the subsequent presence of symptoms of anxiety and depression.

**KEY WORDS:** Anxiety, depression, health personnel, COVID 19

## INTRODUCCIÓN

La actual pandemia de la COVID-19 viene originando cambios en el régimen sanitario de muchos países a nivel global. Esta enfermedad producida por la nueva cepa del SARS COV 2, ha generado en todo el mundo una crisis substancial en la salud pública, en lo económico, y en el aspecto psicosocial. Se ha evidenciado un deterioro significativo en el componente físico de muchos de los pacientes que contraen esta enfermedad, y se han estudiado, y se continúa haciendo, los efectos y secuelas que trae consigo en este sentido; sin embargo, no solo se manifiesta en aspectos orgánicos, sino que también se han descrito alteraciones en la salud mental de las personas.

Lo cierto es que la mayoría de estudios abocados al componente mental, evalúan las consecuencias del confinamiento de la población en general, o los efectos de esta crisis en el personal sanitario, sin embargo, son escasos los estudios sobre los efectos de orden afectivo, mental y psicológico en individuos que padecen o que ya se encuentran recuperados de COVID 19, así mismo la evidencia que se constata al respecto, es escasa.

Para nadie es un secreto, que, al conocer el diagnóstico de esta nueva enfermedad, las personas tienden a experimentar situaciones de estrés, que prontamente conllevan a estados de ansiedad y depresión tanto mientras se está cursando con el padecimiento, como después de encontrarse recuperado, ya que no se sabe a ciencia cierta, lo que puede ocurrir posteriormente, generando así una infinidad de preguntas, dudas, miedos, incertidumbre, etc. que de una u otra forma, conducen a un estado constante de alerta y preocupación que puede tornarse patológica finalmente.

Además, considero importante realizar este estudio sobre personal de salud del principal Hospital encargado de COVID 19 en nuestra región, que ha contraído previamente la enfermedad, para evaluar el impacto que ha tenido esta en ellos, ya que tanto la depresión y la ansiedad influyen notablemente en el desempeño diario de cada persona, y como personal de salud, son la base de la pirámide de lucha en esta pandemia, por lo cual su salud debe encontrarse en excelente estado, tanto física como mental, y de no ser así, brindar las herramientas de apoyo correspondientes.

Me resulta importante, considerar, que la salud mental es un factor que se debe proteger, ya que se conoce que existe una relación importante entre la afectividad y el sistema inmunológico, y al verse está deteriorada, genera un estado de vulnerabilidad frente a

cualquier enfermedad. Tanto durante como posterior a la enfermedad por COVID 19, la atención a la parte afectiva debería ser un pilar en el tratamiento, y garantizarse una adecuada consejería y manejo por un profesional especializado en esta área, que evalúe si es necesario derivar al psiquiatra o basta con consejería.

Todo esto requiere de una previa evaluación, y en esto me sustento para realizar el presente proyecto de investigación, para sentar un precedente y que contribuya con la buena salud, de forma íntegra en nuestra población y se considere como parte del plan de trabajo y el seguimiento de la enfermedad y las secuelas que este nuevo virus pueda causar.



## ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del Problema.....	2
1.3. Descripción del Problema .....	2
1.4. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS .....	5
2.1. General .....	5
2.2. Específicos .....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Conceptos básicos .....	5
3.2. Revisión de antecedentes investigativos .....	17
4. HIPÓTESIS .....	22
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	23
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	24
1.1. Técnicas: .....	24
1.2. Instrumentos:.....	24
1.3. Materiales de verificación .....	24
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	24
2.1. Ámbito.....	24
2.2. Unidades de estudio .....	24
2.3. Temporalidad .....	25
2.4. Ubicación espacial: .....	25
2.5. Tipo de investigación: .....	25

2.6. Nivel de investigación:.....	25
2.7. Diseño de investigación: .....	25
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	25
3.1. Organización .....	25
3.2. Recursos .....	26
3.3. Validación de los instrumentos .....	27
3.4. Criterios para manejo de resultados .....	28
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	30
DISCUSION .....	65
CONCLUSIONES .....	71
RECOMENDACIONES .....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
ANEXOS.....	78
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	79
ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS .....	83
ANEXO 3: PERMISO DEL HRHDE PARA REALIZACION DE PROYECTO .....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE FORMAN PARTE DEL PERSONAL DE SALUD SEGÚN ANTECEDENTE DE HABER CONTRAÍDO COVID.....	31
Tabla 2 DISTRIBUCION SEGÚN EL AÑO DE CONTAGIO DE COVID 19 DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA .....	33
Tabla 3 CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA FORMAR PARTE DE LA MUESTRA A ESTUDIAR, QUE INCLUYE HABER TENIDO DIAGNOSTICO PREVIO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION HECHO POR UN ESPECIALISTA ANTES DE CONTRAER EL COVID 19. ....	35
Tabla 4 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE METODOS USADOS PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	37
Tabla 5 DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	39
Tabla 6 DISTRIBUCION DE EDADES AGRUPADAS POR DECADA DE VIDA, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	41
Tabla 7 DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO OCUPACIONAL, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	43
Tabla 8 DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE ATENCION REQUERIDA POR PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	45
Tabla 9 PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGUN FAMILIAR CERCANO INFECTADO, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	47

Tabla 10 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE ANSIEDAD SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	49
Tabla 11 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE DEPRESION SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	51
Tabla 12 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE RESULTADOS SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	53
Tabla 13 RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA POSIBLE PRESENCIA DE ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	55
Tabla 14 RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA POSIBLE PRESENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	58
Tabla 15 RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION Y LA POSIBLE PRESENCIA DE ANSIEDAD, EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	61
Tabla 16 RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION Y LA POSIBLE PRESENCIA DE DEPRESION, EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	63

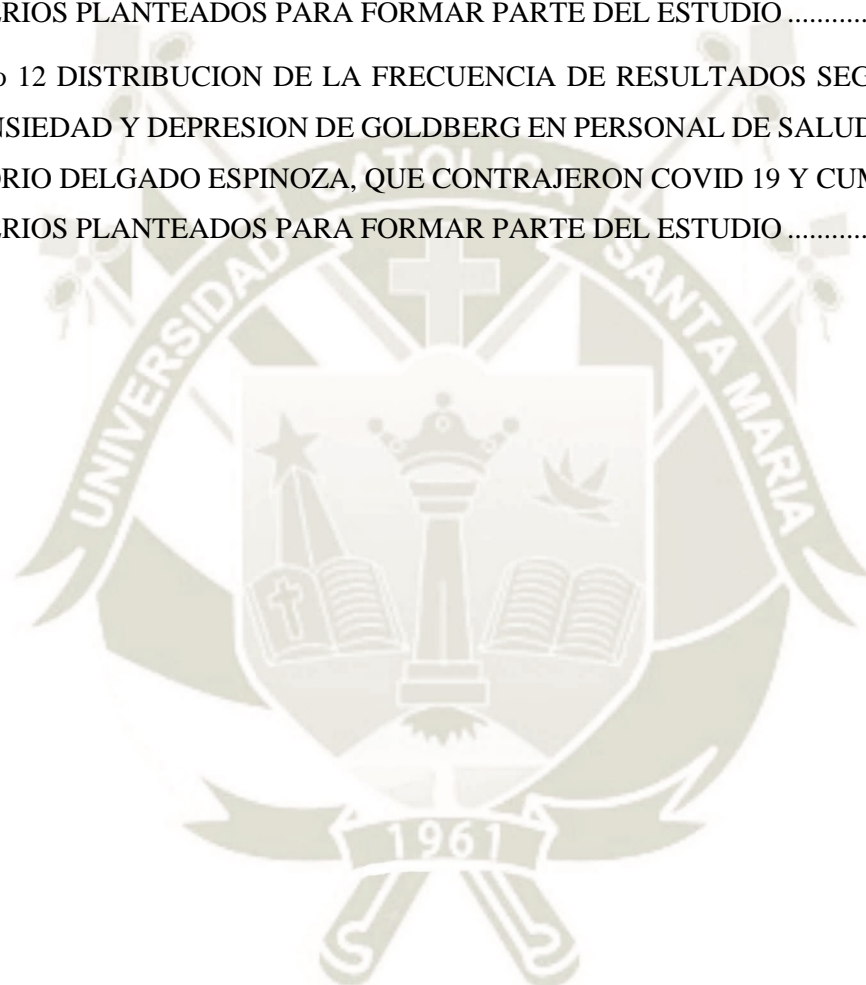
## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2 DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE FORMAN PARTE DEL PERSONAL DE SALUD SEGÚN ANTECEDENTE DE HABER CONTRAÍDO COVID .....	32
Gráfico 2 DISTRIBUCION SEGÚN EL AÑO DE CONTAGIO DE COVID 19 DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA .....	34
Gráfico 3 CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA FORMAR PARTE DE LA MUESTRA A ESTUDIAR, QUE INCLUYE HABER TENIDO DIAGNOSTICO PREVIO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION HECHO POR UN ESPECIALISTA ANTES DE CONTRAER EL COVID 19. ....	36
Gráfico 4 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE METODOS USADOS PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	38
Gráfico 5 DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	40
Gráfico 6 DISTRIBUCION DE EDADES AGRUPADAS POR DECADA DE VIDA, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	42
Gráfico 7 DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO OCUPACIONAL DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	44
Gráfico 8 DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE ATENCION REQUERIDA POR PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO.....	46
Gráfico 9 PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGUN FAMILIAR CERCANO INFECTADO, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO .....	48

Gráfico 10 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE ANSIEDAD SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO ..... 50

Gráfico 11 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE DEPRESION SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO ..... 52

Gráfico 12 DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE RESULTADOS SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO ..... 54





# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del problema

Ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID 19, Arequipa 2021

### 1.2. Enunciado del Problema

¿Existió alguna relación entre aquellos pacientes que contrajeron COVID 19 y la presencia posterior de síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

### 1.3. Descripción del Problema

#### 1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: trastorno de ansiedad y depresión

#### 1.3.2. Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORIA	ESCALA
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>			
<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Edad</b>	Años	Cuantitativa
	<b>Sexo</b>	Masculino	Cualitativa
		Femenino	Cualitativa
	<b>Grupo Ocupacional</b>	Médico	Cualitativa
		Enfermera	Cualitativa
		Obstetriz	Cualitativa
<b>Características del sujeto</b>	<b>Familiar infectado</b>	si	Cualitativa
		no	Cualitativa
	<b>Tipo de atención que requirió</b>	Ninguna	Cualitativa
		Domiciliaria con seguimiento	Cualitativa
		Hospitalización	Cualitativa

		UCI	Cualitativa
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>			
<b>Ansiedad</b>	<b>Sub escala de Ansiedad Goldberg (EADG)</b>	Según puntaje (presente o ausente)	Cualitativa
<b>Depresión</b>	<b>Sub escala de Depresión de Goldberg (EADG)</b>	Según puntaje (presente o ausente)	Cualitativa
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			
<b>COVID-19</b>	<b>PCR</b>	Ausencia o presencia del virus	Cualitativa
	<b>Detección de antígenos - inmunocromatografía</b>	Reactivo/no reactivo	Cualitativa
	<b>Detección de anticuerpos</b>	Reactivo/no reactivo	Cualitativa
	<b>Detección cuantitativa de anticuerpos – método ELISA</b>	UI/ ml Metodo elisa	Cuantitativa

### 1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál fue la frecuencia de presentación de síntomas de ansiedad en personal de salud del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19?
- ¿Cuál fue la frecuencia de presentación de síntomas de depresión en personal de salud del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19?
- ¿Existió alguna relación entre los factores sociodemográficos y la frecuencia de ansiedad en personal de salud del HRHDE que fue diagnosticado de COVID 19?

- ¿Existe alguna relación entre los factores sociodemográficos y la frecuencia de depresión trabajadores del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19?

#### **1.3.4. Tipo de investigación**

Se trata de un estudio correlacional

#### **1.3.5. Diseño de investigación**

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal

#### **1.3.6. Nivel de investigación**

Analítico

### **1.4. Justificación**

La razón de este estudio fue contribuir con el conocimiento que se tiene sobre el COVID 19 y las repercusiones en el estado de emocional de las personas que lo contrajeron, se pretendió describir algunas características sociodemográficas del personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que habían contraído COVID 19 y relacionarlas con síntomas de ansiedad y depresión.

Muchas veces, la salud mental es dejada de lado, y en estos días, bajo el contexto en que nos encontramos se debería considerar como primordial su abordaje, y con más énfasis, en aquellas personas que han contraído esta enfermedad, pues por ser de reciente aparición, no se conoce a ciencia cierta las repercusiones que puede traer a futuro tanto en la salud física como mental.

Actualmente, la información local disponible, en relación a lo descrito anteriormente es escasa, no se encontró investigaciones sobre dicho tema en el nosocomio donde se llevó a cabo la investigación, por lo que resultó novedoso.

El presente trabajo abordó un tema de interés actual, de gran relevancia sanitaria, en lo psicosocial y en lo económico, como es el COVID 19, relacionado a una de sus secuelas de las que poco se ha hablado, como es el síndrome ansioso depresivo.

El estudio que se propone se realizó mediante el llenado de una encuesta; con la respectiva autorización de los participantes, y además buscando cumplir las políticas de investigación requeridas por la Universidad Católica de Santa María.

El estudio es factible debido a que contó con un diseño analítico, retrospectivo y transversal que se realizó mediante el llenado de una encuestas físicas y virtuales; con la respectiva autorización de los participantes, y además buscando cumplir las políticas de investigación requeridas por la Universidad Católica de Santa María.

## ■ OBJETIVOS

### 2.1. General

Establecer la relación existente en pacientes que contrajeron COVID 19 y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, en personal de salud del HRHDE.

### 2.2. Específicos

- Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de ansiedad en trabajadores del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19.
- Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de depresión en trabajadores del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19.
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la frecuencia de ansiedad en trabajadores del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la frecuencia de depresión en trabajadores del HRHDE que fueron diagnosticados de COVID 19.

## ■ MARCO TEÓRICO

### 3.1. Conceptos básicos

#### 3.1.1. COVID 19

##### 3.1.1.1. Introducción

En diciembre del año 2019 fueron identificados en Wuhan (China) un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, de los cuales 7 eran pacientes graves; es así que el Ministerio de sanidad de China identificó un nuevo coronavirus (nCoV) como posible etiología y el 7 de enero del mismo año, es oficialmente anunciado por las autoridades chinas como el agente causal de dichas infecciones; para el 24 enero se habían reportado 835 casos en dicha región y con paso de las semanas se extendió a otras partes de China y posteriormente a muchos países de mundo, motivo por el cual la

Organización Mundial de la Salud (OMS), declara desde marzo del 2020 como una nueva pandemia mundial (1).

### **3.1.1.2. Características estructurales de los Coronavirus**

Se pueden diferenciar en 4 géneros: alfa, beta, delta y gamma, de estos se sabe que los coronavirus de tipo alfa y beta son los que infectan a los seres humanos, provocando enfermedades que van desde el resfriado común hasta afecciones más graves (2).

Son virus envueltos, pleomórficos o esféricos, cuyo genoma es el ARN (1). Los virus de la familia Coronaviridae poseen un tamaño de 118-136 nm, suelen observarse formas filamentosas de 9 a 13 nm de diámetro. La estructura de la partícula viral consta de una nucleocápside conformada por el genoma viral al cual se unen múltiples copias de la proteína N o proteína de nucleocápside, la cual tiene cierta estructura helicoidal con forma de ovillo que está rodeado de la envoltura en la cual las proteínas virales S, E y M se insertan (3).

### **3.1.1.3. Mecanismos de patogénesis de SARS-COV-2**

Es necesario que el virus se una a un receptor de la superficie celular para que se inicie la infección en la célula huésped, esta unión se da entre la proteína (S) y el receptor de la enzima convertidora de la angiotensina 2 (4). El SARS-CoV-2 ingresa en la célula usando como receptor a la enzima convertidora de angiotensina 2, que se encuentra fundamentalmente en el riñón, los pulmones y el corazón (5). Su función es la transformación de angiotensina I en Angiotensina 1-9 y de la Angiotensina II en Angiotensina 1-7, estos poseen efectos vasodilatadores, antifibrosis, antiinflamatorios y favorecen la natriuresis, por tal motivo, disminuyen la presión arterial, oponiéndose a la acción de la Angiotensina II, que ofrece cierta protección frente a la hipertensión, la arteriosclerosis y otros procesos vasculares y pulmonares (5).

La replicación viral está dada dentro de la célula objetivo, utilizando ARN polimerasa dependiente de ARN (rdRp) (1).

Se conoce que la principal vía de transmisión es la vía respiratoria, también se ha encontrado en heces, pero en escasa cantidad, es por ello que se

recomienda el uso de mascarillas y el lavado de manos constante, además de medidas aplicadas en la mayoría de países en los que se declaró estado de emergencia, cuarentena y se dispuso el distanciamiento social.

#### 3.1.1.4. Manifestaciones Clínicas

El período de incubación se define como el intervalo entre la fecha potencial más temprana de contacto de la fuente de transmisión (vida silvestre o persona con caso sospechoso o confirmado) y la posible fecha más temprana de inicio de los síntomas (6). El período medio de incubación es de 4 días a 7 días, aunque basados en otros estudios de casos de Europa, este podría ser desde 2 hasta 14 días (1).

La enfermedad por Covid-19 denota una gran variabilidad en la sintomatología, en su presentación inicial y en la severidad de la patología. Aproximadamente que 80% de los pacientes infectados desarrollaran una enfermedad leve o asintomática, 14% severa y 5% se presentan con un cuadro crítico (7).

Se trata de un síndrome clínico de amplio rango de severidad, este puede ir desde síntomas casi imperceptibles hasta una neumonía severa, shock séptico o enfermedad sistémica inflamatoria.

La OMS la clasifica en 5 categorías:

- Leve: se trata de una infección respiratoria superior sin complicaciones asociadas. También suelen presentar síntomas inespecíficos aislados como fiebre, malestar general, debilidad, coriza, odinofagia o incluso diarrea.
- Neumonía: aquellos con neumonía que no requieren oxígeno suplementario ni tienen algún otro criterio de severidad.
- Neumonía severa: se asocia frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, edema pulmonar lesional o saturación de oxígeno menor a 93% sin oxígeno suplementario.
- Shock Séptico
- Síndrome de distrés respiratorio agudo (8).

Además se describen múltiples síntomas asociados a SARS CoV-2, siendo fiebre, tos, disgeusia/hiposmia, disnea y fatiga los síntomas más frecuentes, además de otros tales como síntomas gastrointestinales, mialgias, conjuntivitis, odinofagia, cefalea, rinorrea y manifestaciones cutáneas (7).

### **3.1.1.5. Factores de riesgo para la enfermedad severa**

La enfermedad grave puede ocurrir en cualquier paciente de cualquier edad que se encuentre aparentemente sano, pero existe un riesgo mayor en adultos de edad avanzada o que tienen algunas comorbilidades médicas subyacentes, tales como: enfermedad cardiovascular, Diabetes mellitus, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades pulmonares, Cáncer (en particular neoplasias hematológicas, cáncer de pulmón y enfermedad metastásica), enfermedad renal crónica, Trasplante de órganos sólidos o células madre hematopoyéticas, obesidad, fumadores (9).

## **3.1.2. DEPRESION**

### **3.1.2.1. Definición:**

Se trata del trastorno psiquiátrico más frecuente en la población general y la condición de salud mental más común en pacientes atendidos en atención primaria (10).

A pesar que los síntomas depresivos son frecuentes en los pacientes, pocos son los que hablan de estos directamente, la mayoría presentan síntomas somáticos que de una u otra forma dificultan su diagnóstico.

Se habla de tres tipos de depresión: trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar.

Los síndromes depresivos se encuentran definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5).

- El término "depresión mayor" del que se trata en esta revisión, está referido a la depresión unipolar.

Un síndrome o episodio depresivo mayor se caracteriza por presentar cinco o más de los siguientes síntomas, que estarán durante la mayor parte

del día, por lo menos todos o casi todos los días en las últimas dos semanas (consecutivas) (11).

- Estado de ánimo deprimido
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades.
- Insomnio o hipersomnia
- Cambio de apetito o peso.
- Retraso psicomotor o agitación.
- Energía baja
- Pobre concentración
- Pensamientos de inutilidad o culpa
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio (11).

Estos ocasionan un estado de angustia que deteriora la funcionabilidad psicosocial del individuo.

- La distimia es un tipo de depresión de menor gravedad con síntomas que se presentan de forma crónica, siendo parte de la vida del individuo, se presentan con sentimientos recurrentes de tristeza, desmotivación, letargia, sin embargo, aunque pueden interferir con la sensación de bienestar del paciente, estos no son incapacitantes. Lo cierto es que, en este grupo de personas, existe el riesgo de padecer episodios depresivos severos en algún momento de la vida.
- También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales (12).
- El trastorno bipolar o enfermedad maníaco – depresiva, es mucho menos frecuente que los dos anteriores, su característica son los cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de manía, es decir gran exaltación o euforia y fases de depresión, es decir estado de ánimo bajo; estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales (12).

En el presente estudio nos avocaremos a la depresión mayor o unipolar. Los síndromes depresivos son bastante prevalentes en pacientes ambulatorios con otros trastornos médicos o incluso sin ellos (12).

### **3.1.2.2. Epidemiología**

En un metanálisis Jinghui Wang y cols. identificó 83 estudios transversales de los cinco continentes que incluían pacientes ambulatorios con trastornos médicos generales ( $n$  total > 41.000), en este fueron excluidos los estudios de pacientes cuya depresión era anterior a sus trastornos médicos generales, es así que se encontró que la depresión fue del 27%, además en un subgrupo conformado por 8 pacientes ambulatorios ( $n$  > 3000) con controles que no tenían otra patología demostró que la prevalencia puntual combinada fue tres veces mayor en pacientes ambulatorios (13).

Para Thornicroft y cols. Los síndromes depresivos son muy prevalentes en la población general de muchos países, en Perú se encuentra en 5%, sin embargo en países como Brasil y Estados Unidos, este alcanza el 10%. Aunque lo cierto es que muchas veces no es diagnosticado ya que quienes lo padecen no buscan una adecuada orientación médica (14).

### **3.1.2.3. Evaluación y diagnóstico**

Su identificación se fundamenta en entrevistas y exámenes clínicos. Sin embargo, a pesar que los trastornos depresivos no son diagnosticados con pruebas de laboratorio, es justificable realizar algunas pruebas para descartar otras afecciones médicas que se encuentren relacionadas o contribuyan a episodios depresivos (15).

Los trastornos depresivos unipolares son definidos por ciertos criterios que engloban un síndrome, de este modo su diagnóstico se basa en historia clínica y el examen. Existen algunas escalas de gravedad que muchas veces son utilizadas en el cribado, sin embargo no proporcionan un diagnóstico, por lo que siempre será necesaria una entrevista clínica para determinar a qué trastorno depresivo se enfoca el tratamiento y realizar un diagnóstico diferencial si fuese necesario (16).

#### **3.1.2.4. Identificación del riesgo suicida**

En todo paciente con síntomas de depresión, debe indagarse acerca de la ideación y el comportamiento suicida. Cualquier respuesta positiva, propicia al evaluador a preguntar acerca de la naturaleza de dicha ideación, intención, planes, medios disponibles y acciones, así mismo se deben buscar factores de riesgo de suicidio, incluidos antecedentes, patologías psiquiátricas y médicas concomitantes y antecedentes en la familia de comportamiento suicida, de esta forma se busca desarrollar un plan de seguridad para una evaluación y tratamiento adicional (11). Por otro lado, si la entrevista sugiere que el paciente podría ocasionar violencia dirigida hacia los demás, se deben indagar sobre la ideación y el comportamiento homicida (16).

#### **3.1.2.5. Tratamiento**

El principal objetivo del tratamiento inicial es la remisión de los síntomas y la restauración del funcionamiento inicial (13). Para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar se sugiere la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, es este tratamiento combinado es mucho más efectivo que cualquiera por sí solo; sin embargo, no se llega a establecer la superioridad de ninguna combinación en específico de medicación y psicoterapia (17).

### **3.1.3. ANSIEDAD**

#### **3.1.3.1. Definición**

La ansiedad se debe comprender como una sensación normal producida por el estímulo de determinadas situaciones, esta constituye una respuesta común a diversas actividades cotidianas que generan algún grado de estrés. De esta manera, la presencia de algún grado de ansiedad puede resultar incluso favorable, para el adecuado manejo de las situaciones cotidianas, el problema surge cuando va más allá, y supera la capacidad adaptativa del individuo, convirtiéndose en patológica y provocando importantes molestias con síntomas que afectan “al plano físico, como al psicológico y conductual” (18).

Son las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes a lo largo de nuestras vidas, su característica es el temor excesivo a situaciones que no significan ningún peligro real o no de la índole que se le atribuye el individuo (19).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de excesiva y persistente preocupación, la cual resulta difícil manejar, además causa marcada angustia y/o desgaste y sucede durante al menos seis meses; también puede incluir síntomas como aprensión e irritabilidad, y síntomas somáticos como fatiga y tensión muscular (20)

### **3.1.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5:**

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad social
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad generalizada (21).

### **3.1.3.3. Presentación clínica:**

- Síntomas Emocionales: Sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, intranquilidad, temores, sensación de vacío, presentimientos sin fundamento, etc.
- Síntomas Cognitivos: preocupaciones excesivas por situaciones verdíacas o ficticias, anticipación del peligro, hipervigilancia, etc.
- Síntomas Motores: “temblores, sobresalto, sacudidas musculares, cefaleas, cansancio fácil, incapacidad para relajarse”
- Síntomas Somáticos: a causa de la respuesta incrementada autonómica, se evidencian síntomas cardiovasculares, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos: “febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, poliuria, tenesmo” (22).

### **3.1.3.4. Epidemiología**

El Trastorno de ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes tanto en la comunidad como en el entorno clínico. Ocupan el primer lugar de las enfermedades psiquiátricas (17%), el riesgo a padecerlo en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo la relación entre mujeres y hombres de 2:1 (23).

### **3.1.3.5. Diagnóstico**

Según el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (DSMIV-R) la sintomatología debería estar presente, durante al menos 6 meses, la cual consiste en una constante incertidumbre acerca de su salud, familia, trabajo y economía (24).

El diagnóstico está hecho mediante entrevista e historia clínica, además, varias escalas pueden servir como instrumento de cribado y una vez identificado el “posible caso” se procederá al diagnóstico oportuno, cabe resaltar que las escalas por sí solas no harán un diagnóstico, pero sí permiten seleccionar individuos con puntaje alto lo que sustenta la realización de un estudio más exhaustivo (18).

### **3.1.3.6. Tratamiento**

Una vez hecho el diagnóstico, se debe valorar el grado de severidad, deterioro funcional o angustia, aquellos pacientes con un subtipo más leve con síntomas que no interfieren de manera importante con su funcionalidad pueden elegir de forma razonable por renunciar al tratamiento al inicio, se debe realizar también un seguimiento clínico durante por lo menos 6 meses para controlar el curso del tratamiento y determinar si requerirá tratamiento o no (25).

Para los pacientes con diagnóstico reciente de ansiedad, que necesitan tratamiento (26), se recomienda un antidepresivo serotoninérgico, terapia cognitivo-conductual (TCC) o ambas, en vez de otras intervenciones (27).

### **3.1.4. Efecto del COVID 19 en la salud mental**

Para muchos, el brote de COVID 19 ha generado estrés, temor y ansiedad, en diferentes grados, ya sea por el temor al contagio, al poco conocimiento de la enfermedad, al confinamiento, a la pérdida de un ser querido, a la preocupación dada por el aspecto económico, a la constante exposición a situaciones lamentables como es el caso del personal de salud, al propio miedo a la muerte de uno mismo, entre muchas otras causas. Ciertas circunstancias en la vida de los individuos pueden desencadenar mayor riesgo emocional ante la pandemia de la COVID-19. El miedo a la enfermedad y la incertidumbre con respecto al futuro, desencadenan los trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés,

incluso ya se ha evaluado y se viene realizando la apertura y difusión de programas sólidos de detección y tratamiento de salud mental para el público en general y los trabajadores sanitarios de primera línea (28).

Sin embargo, el efecto neuropsiquiátrico del COVID 19 que se busca estudiar en el presente trabajo, está relacionado a aquellos pacientes que contrajeron la enfermedad. Los efectos producidos en el sistema nervioso se asocian a la disminución del aporte de oxígeno al cerebro, además, a la capacidad de SARS-CoV-2 para infectar células nerviosas (29).

El estrés y la ansiedad causados tras contraer el COVID-19 motivan a que se produzca la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), una sobre activación de este eje permitiría el desarrollo y/o exacerbación de trastornos psiquiátricos (30). En estudios anteriores, se evidencian datos de individuos que presentan ciertas características que los hacen más vulnerables a enfermedades mentales, teniendo de esta manera, efectos más severos, tal como fue reportado tras la infección del SARS-Cov, los cuales presentaron secuelas de orden mental hasta 4 años posteriores a la infección (31).

En la presentación clínica de COVID-19 prevalecen los signos respiratorios, seguido de síntomas gastrointestinales (aunque en menos frecuencia). Sin embargo, La invasión del virus no se limita solamente a dichos órganos, sobre todo tomando en cuenta que se detecta una expresión importante de ACE2 en otros tejidos, incluyendo corazón, riñón, endotelio y SNC (32). La infección Viral del cerebro puede tener múltiples enfermedades neurológicas y psiquiátricas, contribuyendo tanto a la fase aguda de la enfermedad y sus posibles secuelas (33).

Podría plantearse que la forma principal de SARSCoV-2 se relaciona con ACE2 que se encuentra expresada en neuronas y en neuroglia; además las células neurales que expresan ACE2 están en los órganos circunventriculares, tales como: órgano subfornical, el núcleo paraventricular, el tracto solitario y en la médula ventrolateral rostral. Cabe resaltar que estas áreas cuentan con escasa protección de la barrera hematoencefálica (BHE) y además se relacionan con la regulación cardiovascular y respiratoria. La ausencia de BHE hace de estas áreas, propensas a muchas patologías, tales como algunos tipos de Inflamación

sistémica que incluye encefalopatía asociada a sepsis, neuroinfección por bacterias, virus o parásitos, estrés y encefalitis autoinmune (34).

Es por tal motivo que surgen diversas opiniones para de esta forma tener mayor claridad y hacer que la comunidad científica se encuentre alerta para estar atento a cualquier manifestación neuropsiquiátrica relacionada con la infección por SARS-CoV-2 (35).

E. Troyer (2020) discute la evidencia que se encuentra actualmente disponible acerca de las secuelas neuropsiquiátricas relacionadas con COVID-19 ,también establece ciertos paralelismos con resultados previos relacionados con anteriores pandemias virales, en los que se ha establecido que diversa sintomatología neuropsiquiátrica, como encefalopatía, cambios de humor, psicosis, disfunción neuromuscular o procesos desmielinizantes, acompañarían a la infección viral aguda, o persistirían por semanas, meses o más en pacientes dados de alta (28).

Asimismo, es necesario establecer definitivamente los mecanismos, que incluyen fundamentos virales e inmunológicos, dicho esto, sería conveniente realizar un monitoreo neuropsiquiátrico prospectivo de las personas expuestas al SARS-CoV-2 en varios puntos del curso de la vida, así como su estado neuroinmune, de esta forma lograr comprender completamente(28). Cuál sería el impacto del COVID 19 a largo plazo relacionado a la rama neuropsiquiátrica (32).

Es así que, Mendez describe una considerable prevalencia de deterioro neurocognitivo, comorbilidad psiquiátrica y mala calidad de vida en sobrevivientes COVID-19 después de la fase aguda, incluso en aquellos que no estuvieron críticamente enfermos (36).

Bender del Busto y cols. afirman que la infección por SARS-CoV-2 evidencia afectación del sistema nervioso y, por ende, los pacientes pueden presentar manifestaciones neuropsiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos que deben tenerse en consideración por su posible presentación son la depresión, la ansiedad, el estrés y la psicosis. “Además debe preverse la posibilidad de la afectación del personal de la salud por el estrés de la pandemia y de quienes

padecen las enfermedades crónicas del sistema nervioso, cuya sintomatología puede empeorar y llegar al suicidio”, afirma Bender del Busto (37).

Sería conveniente reunir estos y más datos para establecer el impacto y consecuencias clínicas en la salud mental que esta nueva enfermedad desencadena y consecuentemente las implicaciones necesarias para las políticas de salud designadas para mitigar una “ola de mala salud”, que devendrá después de la pandemia actual. La remediación y el tratamiento de los síntomas psiquiátricos deberían ser prioritarios en los sobrevivientes de COVID-19, lo que en última instancia conducirá a una mejora en la calidad de vida y el funcionamiento diario (33),

#### **3.1.4.1. Depresión y COVID 19:**

Ciertas medidas de salud pública, tales como el confinamiento, el distanciamiento social, entre otras, provocaron que las personas se encuentren en soledad y se sientan aisladas, esto incrementa la tristeza, lo cual sería normal hasta cierto punto, sin embargo, cuando este ya interfiere con la vida cotidiana genera un estado patológico conocido como depresión (38).

Por otro lado publicaciones anteriores consideran que existe una notable prevalencia de deterioro neurocognitivo, comorbilidad psiquiátrica e incluso mala calidad de vida en sobrevivientes COVID-19 después de la fase aguda, aun si estos no fueron pacientes con presentación grave de la enfermedad (36).

#### **3.1.4.2. Ansiedad y COVID 19:**

La pandemia que estamos atravesando por COVID-19 podría generar estrés para todos. El temor y la ansiedad relacionados a la reciente enfermedad y lo que podría ocurrir ante ésta, resultarían abrumadores y generan emociones de alto impacto, tanto en adultos, como en niños. Aún más si en el núcleo familiar, o círculo cercano, ha ocurrido alguna pérdida, o si el individuo ha experimentado en carne propia fases críticas de esta enfermedad. Se genera un estado de ansiedad de forma patológica, tras una situación estresante, asimismo, una marcada angustia, ya que al ser una enfermedad

“nueva”, no se tiene conocimiento certero de lo que pueda devenir en el futuro, esto lleva a una constante preocupación y de esta forma, una alteración en el diario vivir de las personas (39).

### 3.2. Revisión de antecedentes investigativos

#### 3.2.1. A nivel local:

**Autor** Condori Arias, Yaime

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

**Resumen:** “Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente”. “La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas”. “En este estudio se obtuvo como resultado que el sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años”. “Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas”. Se concluyó que existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio” (40).

**Autor** Juan Gualberto Quispe Leiva

**Título:** “Factores sociodemográficos asociados al síndrome de burnout en el contexto de la pandemia covid-19 en médicos residentes del hospital iii Goyeneche de Arequipa 2020”

**Resumen:** “El propósito de este trabajo fue establecer los factores sociodemográficos asociados al síndrome de Burnout en el contexto de la Pandemia Covid-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa agosto 2020” “Los participantes fueron 49 médicos residentes de las distintas especialidades”. Instrumento utilizado: Maslach Burnout Inventory para medir el Síndrome de Burnout y una Ficha sociodemográfica para conocer los factores relacionados”. “Se utilizó estadística descriptiva y análisis estadístico paramétricos para evaluar el grado de relación como Chi cuadrado, Tau de Kendal y análisis de correlación de Spearman”. “Resultados: La frecuencia del síndrome de Burnout fue de 14.3% utilizando la definición clásica”. “Sobre los factores sociodemográficos, el rango de edad es de 27 y 47 años (25 varones y 24 mujeres) promedio 30 a 35 años, un 55,1% son solteros, el 51% no tienen hijos, un 40,8% duerme 6 horas y el 83,7% no tiene otro trabajo”. ”Con respecto a la especialidad 57,1% son médicas, 30,6%, quirúrgicas y 12,2%, apoyo al diagnóstico; el 93,9% asegura que su especialidad está centrada en el paciente; el año de residencia que predomina es el 3er año con un 53,1%; las guardias por mes en su mayoría es de 8 a más (68%); se encuentra satisfecho con el salario 51%; el 100% ha atendido un caso sospechoso y solo un 93,9% un caso confirmado; todos aseguran no recibir los suficientes equipos de protección personal y un 71.4% se han realizado las pruebas serológicas: IgM, PCR, IgG” “El 98% manifiesta que el hospital no le brinda información adecuada, y la totalidad de residentes tiene miedo de infectar a su familia”. Se concluye con respecto al síndrome de Burnout que existe baja a moderada frecuencia de residentes que lo padecen. “Las variables especialidad y guardias por mes son estadísticamente significativa para desarrollar el síndrome, en cambio las variables: estado civil, paternidad, año de residencia, prueba serológica no son estadísticamente significativas” (41) .

### 3.2.2. A nivel nacional:

**Autor:** Oblitas González, Anibal. Sempertegui Sánchez, Nancy

**Título:** Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020

**Resumen:** “Es un estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado durante una parte del período de aislamiento social obligatorio en el Perú, con una población de 142 adultos, la muestra estuvo compuesta por 67 participantes, en quienes se identificó los niveles de ansiedad mediante la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (1971) y un cuestionario con nueve variables sociodemográfica”

“Se obtuvo de resultados que la ansiedad alcanzó al 43,3 % de los participantes, 20,9 % presentan ansiedad leve, 13,4 % moderada y 9 % severa; el nivel de ansiedad según variables sociodemográficas fue más frecuente en el sexo femenino, en personas de 40 o más años, casados/convivientes y divorciados/separados, en los que llevan entre 10 y 12 días de aislamiento, cuando se está en compañía de alguien, cuando hay afectación económica o cuando no se realizan actividades distractoras””

Se concluye que durante la pandemia, los niveles de ansiedad pueden reducirse si el aislamiento es de menor duración, la información dada a las personas es lo más clara posible y el acceso a esta información es mediante medios confiables de comunicación, si el suministro con el que se abastece es suficiente para disminuir el número de salidas, si su situación económica es estable, si realiza actividades de recreación y si la comunicación es adecuada (42).

**Autor:** Bladimir Domingo Becerra Canales, Domizbeth Becerra Huamán

**Título:** Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19

**Resumen:** “ Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en la región Ica, del Perú, durante abril y junio del 2020, con la participación de 386 adultos, que respondieron a un cuestionario con variables sociodemográficas, sanitarias,

religiosas y la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, adaptada al contexto actual, posteriormente se calcularon frecuencias relativas, medias y desviaciones estándar, pruebas de U de MannWhitney y Kruskal-Wallis y se obtuvieron como resultados: El grado de ansiedad ante la muerte en promedio es medio/alto, siendo más alto en la escala las mujeres, viudos, amas de casa y profesores, alcanzando significación estadística”. “Conclusiones: Durante esta pandemia, el grado de ansiedad ante la muerte es de tendencia alta, existen factores sociodemográficos relacionado, es necesario promover acciones conjuntas y multidisciplinarias orientadas a prevenir o aliviar el sufrimiento psicológico que ocasiona la crisis sanitaria y contribuir al bienestar de la población (43).

### 3.2.3. A nivel internacional:

**Autor** Bautista Rodríguez E

**Título:** Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19

**Resumen:** en este estudio se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión, estrés y angustia psicológica en 189 personas que se encuentran cursando o están recuperados de COVID19, los instrumentos para el diagnóstico se aplicaron virtualmente y además a todos los encuestados se les devolvió su resultado al momento que se les ofreció atención psicológica. Los resultados demostraron que 16.4% de los participantes presenta estrés moderado, 31.2% depresión de leve a moderada y 22.2% presenta estrés postraumático moderado (angustia psicológica) y el 8.5% presenta estrés postraumático severo (44).

**Autor:** Steardo LJ, Steardo L, Verkhatsky A.

**Título:** Psychiatric face of COVID-19

**Resumen:** La Enfermedad del COVID-19 representa una patología multiorgánica grave que, además de manifestaciones cardio-respiratorias, afecta la función del sistema nervioso central (SNC), demuestra neurotropismo; El tallo puede complicar el curso de la enfermedad al dañar el control cardiorrespiratorio central. El sistémico

La inflamación y los cambios neuroinflamatorios están asociados con un aumento masivo de las moléculas proinflamatorias del cerebro, la reactividad neuroglial, el paisaje neuroquímico alterado y la remodelación patológica de redes neuronales. Estos cambios orgánicos, que emergen en concierto con el estrés ambiental causado por experiencias de las salas de terapia intensiva, los miedos pandémicos y las restricciones sociales, promueven patologías neuropsiquiátricas, incluidos los principales trastornos depresivos, trastorno bipolar (BD), diversas psicosis, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático trastorno. Las secuelas neuropsiquiátricas de COVID-19 representan un serio desafío clínico que debe ser considerado para futuras terapias complejas (32).

**Autor:** Mendez, R Balanza Martinez, V Luperdi, SC Estrada, I

**Título :** Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors.

**Resumen:** se trata de un análisis transversal de un estudio prospectivo de supervivientes de COVID-19 hospitalizados seguidos durante 2 meses después del alta. Se administró por teléfono una batería de instrumentos estandarizados que evalúan la función neurocognitiva, la morbilidad psiquiátrica y la CdV (componentes mentales y físicos). De los 229 pacientes examinados, 179 se incluyeron en el análisis final. Las tasas de cribado positivo de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático fueron del 29,6%, 26,8% y 25,1%, respectivamente (36).

## HIPÓTESIS

Existe una relación entre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión y el haberse contagiado de COVID 19 en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.





**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## ■ TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas:

En la presente investigación se empleó la toma tanto de encuestas físicas como virtuales, como técnica primordial.

### 1.2. Instrumentos:

Se empleó una encuesta sociodemográfica simple que constaba de 9 preguntas y posteriormente se aplicó la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, en pacientes que previamente habían aceptado el consentimiento informado.

### 1.3. Materiales de verificación

Encuestas físicas y virtuales

Útiles de escritorio.

Computadora portátil que cuenta con la instalación de software de procesamiento de bases de datos, texto y programas de procesamiento estadístico.

## ■ CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

### 2.2. Unidades de estudio

#### 2.2.1. Universo:

Personal de salud del HRHDE, que incluyó médicos, licenciados en enfermería y licenciadas de obstetricia con diagnóstico anterior de COVID 19 durante el año 2020, que hicieron un total de 364 personas.

#### 2.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Ser parte del personal de salud del HRHDE: Médicos, enfermeras y obstetrices.
- Diagnóstico definitivo de COVID-19 por prueba molecular, antigénica o serológica durante el año 2020.

### 2.2.1.2. Exclusión

- Encontrarse cursando actualmente con enfermedad activa por COVID 19
- Haber contraído COVID 19 durante el 2021
- Ser menor de 18 años y/o mayor de 70 años
- Tener un trastorno psiquiátrico previamente
- Haber sido diagnosticado de síndrome ansioso-depresivo o alguno de ellos antes de contraer COVID 19

### 2.2.2. Tamaño de la muestra:

137 pacientes que cumplieron con los criterios de selección

### 2.3. Temporalidad

La presente investigación se realizó de manera retrospectiva ya que se trató de personas que habían contraído el virus en periodos previos a la realización de la encuesta

### 2.4. Ubicación espacial:

El estudio se realizó mediante encuestas físicas y virtuales a personal de salud que había contraído COVID 19, diagnosticado por prueba molecular, serológica o antigénica durante el 2020, del HRHDE

### 2.5. Tipo de investigación:

De un estudio correlacional

### 2.6. Nivel de investigación:

Analítico

### 2.7. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal

## ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- Se invitó a participar de la investigación a 364 trabajadores del sector salud, de los cuales 137 cumplieron con los criterios de inclusión.

- Se les explicó en qué consistía la investigación y se les pidió resolver el cuestionario
- Previamente se les explico el consentimiento informado, que permitió que se procese la información obtenida.
- En base a sus respuestas se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de exclusión, y no se utilizaron sus datos para el análisis estadístico
- Se procedió a comparar los resultados obtenidos para determinar si existe una prevalencia considerable de síndrome ansioso, depresivo, o ambos; además determinar la relación con los factores sociodemográficos, así también compararlos con estudios similares realizados previamente

### **3.1.1. Aspectos éticos**

La presente investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María, que, según su normativa, el riesgo del estudio es mínimo. Cada encuesta que resolvieron las participantes del estudio conto con el consentimiento informado. Se protegió la confidencialidad y el respeto de la data brindada (39).

## **3.2. Recursos**

### **3.2.1. Humanos**

#### **3.2.1.1. Investigadora:**

Helena Emperatriz Loayza Rojas

#### **3.2.1.2. Asesora:**

Dra. Maribel Chuquipalla Zamalloa

### **3.2.2. Materiales**

- Encuestas físicas y virtuales
- Útiles de escritorio.
- Computadora portatil que cuenta con la instalación de software de procesamiento de bases de datos, texto y programas de procesamiento estadístico.

### 3.2.3. Financieros

Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Se trata de un instrumento de 18 ítems que se aplica en adultos y ancianos, como estrategia de cribado para detectar ansiedad y depresión. Cuenta con dos subescalas, cada una de ellas consta de, en primer lugar, 4 ítems iniciales que determinan si es o no probable la existencia de un trastorno mental, y en segundo lugar, 5 ítems que serán formulados si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión); siendo los puntos de corte igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la escala de depresión (45).

Al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, mejora la sensibilidad, y se obtendrán puntuaciones más altas lo que proporcionará una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado (46).

El EADG es una herramienta que identifica “probables casos”, mas no los diagnostica, su “capacidad discriminativa” orienta el diagnóstico, sin embargo jamás sustituye el juicio clínico (45).

Lo cierto es que se pueden producir falsos positivos ante ciertas situaciones como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, sin que ello signifique un estado psicopatológico con relevancia clínica. Además, algunas situaciones como trastornos crónicos, de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación, etc; pueden producir falsos negativos (45).

“En población geriátrica, la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre, y la capacidad discriminante de las dos subescalas es menor, por lo que se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte igual o mayor a 6” (46).

“La EADG otorga una buena sensibilidad (83%), una especificidad aceptable (81,8%), un índice de mal clasificados del 17,1% y un valor predictivo positivo del 95%”.

De esta forma, se le confirma la validez a este instrumento, ya que los resultados obtenidos corresponden a otros instrumentos “consagrados”(46).

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **3.4.1. Plan de Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó previa aprobación de las autoridades para la aplicación del instrumento.

#### **3.4.2. Plan de Procesamiento de datos**

Mediante la encuesta consignadas en el Anexo 1 se procedió al registro de datos sociodemográficos, los cuales fueron codificados y tabulados para su análisis estadístico e interpretación. Mediante la encuesta consignada en el Anexo 2, se realizó el cribado de ansiedad y depresión en los trabajadores de salud que se infectaron de covid 19 previamente.

#### **3.4.3. Plan de Clasificación de datos**

Se hizo uso de una matriz de organización de datos en la que se transcribieron digitalmente los datos recolectados en cada encuesta para facilitar su procesamiento. La matriz se diseñó en una hoja de cálculo electrónica valiéndonos del programa Excel 2019 (40).

#### **3.4.4. Plan de Codificación de datos**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos (40).

#### **3.4.5. Plan de Recuento de datos**

Ya que los datos fueron convertidos a un formato digital, el recuento de los mimos se dio también de manera electrónica, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### **3.4.6. Plan de análisis**

La recolección de información obtenida fue procesada en una base de datos elaborada a través del programa de Microsoft Office Excel 2010 y después enviada al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences)

versión 20.0.0 en idioma español para posteriormente realizar el análisis correspondiente. La descripción de las variables categóricas se presentó en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes respectivamente categorizados. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado para demostrar la relación y asociación entre las variables estudiadas. La prueba estadística se considera significativa al tener un  $p < 0,05$  (40).





## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

**Tabla 1****DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA QUE FORMAN PARTE DEL PERSONAL DE SALUD  
SEGÚN ANTECEDENTE DE HABER CONTRAÍDO COVID**

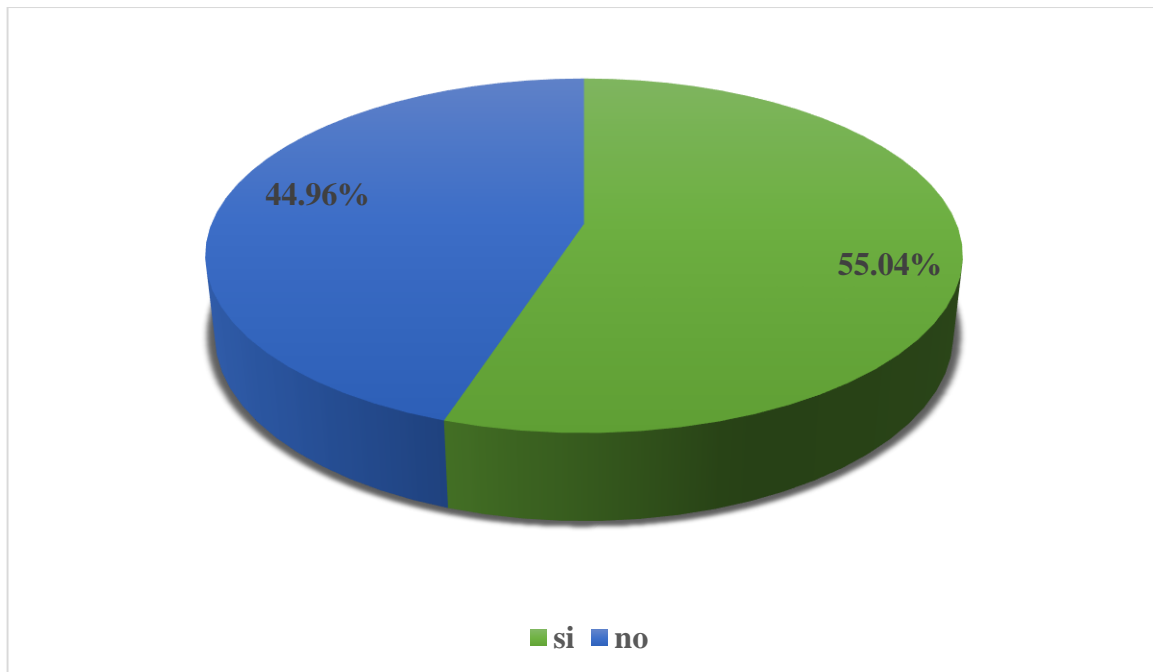
<b>Contrajo COVID 19</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
si	191	55.04
no	156	44.96
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia**

En la **Tabla 1** se observa el número total de encuestados ( $n=347$ ), donde se obtuvo que el 55.04 % ( $n=191$ ) había tenido un resultado positivo en alguna de las pruebas utilizadas para el diagnóstico, mientras que un 44.96 % ( $n=156$ ) indicó que no contrajo COVID 19; siendo mayor el número de personas que contrajo el virus, frente a los que no lo contrajeron.

**Gráfico 2**

**DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA QUE FORMAN PARTE DEL PERSONAL DE SALUD  
SEGÚN ANTECEDENTE DE HABER CONTRAÍDO COVID**



**Fuente: Elaboración propia**

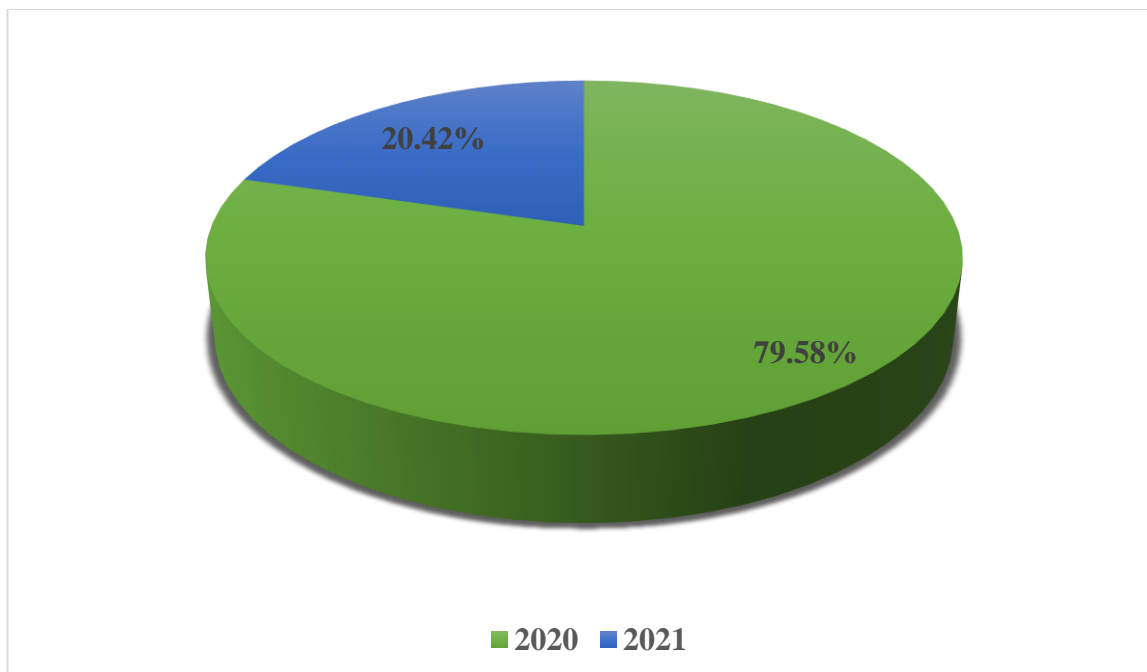
**Tabla 2**  
**DISTRIBUCION SEGÚN EL AÑO DE CONTAGIO DE COVID 19 DE**  
**TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**HONORIO DELGADO ESPINOZA**

<b>Temporalidad de contagio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>2020</b>	152	79.58
<b>2021</b>	39	20.42
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia**

En la **tabla 2**, se evidencia que del total de casos que refieren haber dado positivo para COVID 19 (n=191), un 79.58 % (n=152), contrajo la enfermedad en el 2020, con respecto al 20.42 % (n=39), que refiere haberla contraído en el 2021; evidenciándose de esta forma que el mayor número de contagios fue durante el 2020.

**Gráfico 2**  
**DISTRIBUCION SEGÚN EL AÑO DE CONTAGIO DE COVID 19 DE**  
**TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**HONORIO DELGADO ESPINOZA**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 3****CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA FORMAR PARTE DE LA MUESTRA A ESTUDIAR, QUE INCLUYE HABER TENIDO DIAGNOSTICO PREVIO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION HECHO POR UN ESPECIALISTA ANTES DE CONTRAER EL COVID 19.**

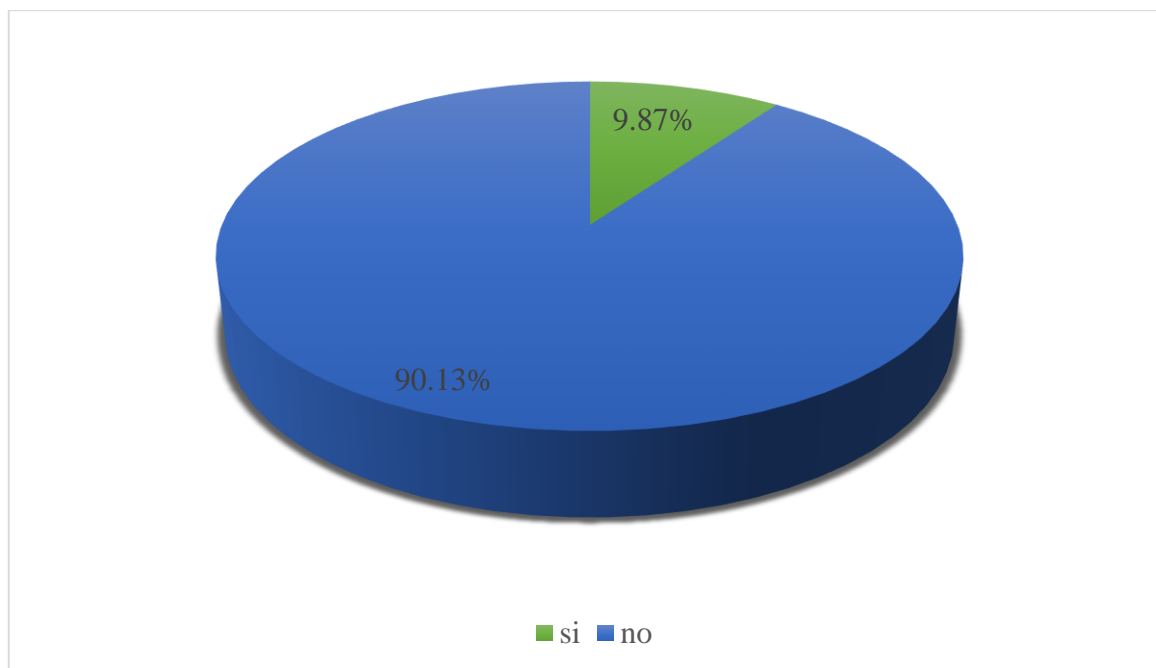
<b>Diagnóstico de depresión y/o ansiedad previos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Si</b>	15	9.87
<b>No</b>	137	90.13
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia**

En la **tabla 3**, se evidencia que del total de casos positivos diagnosticados en el 2020 (n=152), un 9.87 % (n=15) de encuestados, refirió tener el diagnóstico de depresión y/o ansiedad hecho por un especialista, previo a contraer COVID 19; por el contrario, 90.13 % (n= 137), indicó que nunca tuvo diagnóstico de dicho trastorno mental antes de contraer la infección. Es por tal motivo, que la muestra de este estudio es de 137 personas, que son aquellas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

**Gráfico 3**

**CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA FORMAR PARTE DE LA MUESTRA A ESTUDIAR, QUE INCLUYE HABER TENIDO DIAGNOSTICO PREVIO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION HECHO POR UN ESPECIALISTA ANTES DE CONTRAER EL COVID 19.**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 4**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE METODOS USADOS PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

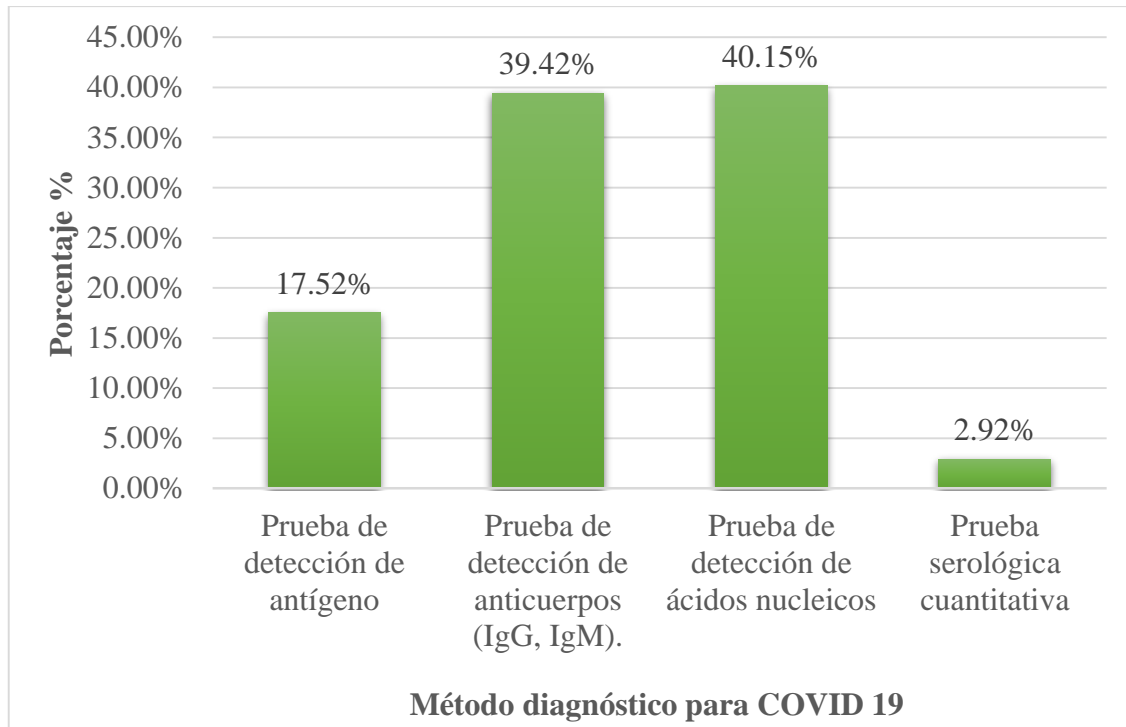
<b>Método utilizado en el diagnóstico de COVID 19</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Prueba de detección de antígeno</b>	24	17.52
<b>Prueba de detección de anticuerpos (IgG, IgM).</b>	54	39.42
<b>Prueba de detección de ácidos nucleicos</b>	55	40.15
<b>Prueba serológica cuantitativa</b>	4	2.92
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia**

En la **tabla 4** se evidencia que de la muestra total que cumple con los criterios solicitados para este estudio (n=137), el 17.52% (n= 24) fue diagnosticado mediante Prueba de detección de antígeno, el 39.42% (n=54) mediante la Prueba de detección de anticuerpos (IgG, IgM), el 40.15% (n=55) mediante Prueba de detección de ácidos nucleicos y solamente el 2.92 % (n=4) mediante una Prueba serológica cuantitativa.

**Gráfico 4**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE METODOS USADOS PARA EL  
DIAGNÓSTICO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE CON LOS  
CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

Tabla 5

**DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE  
CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

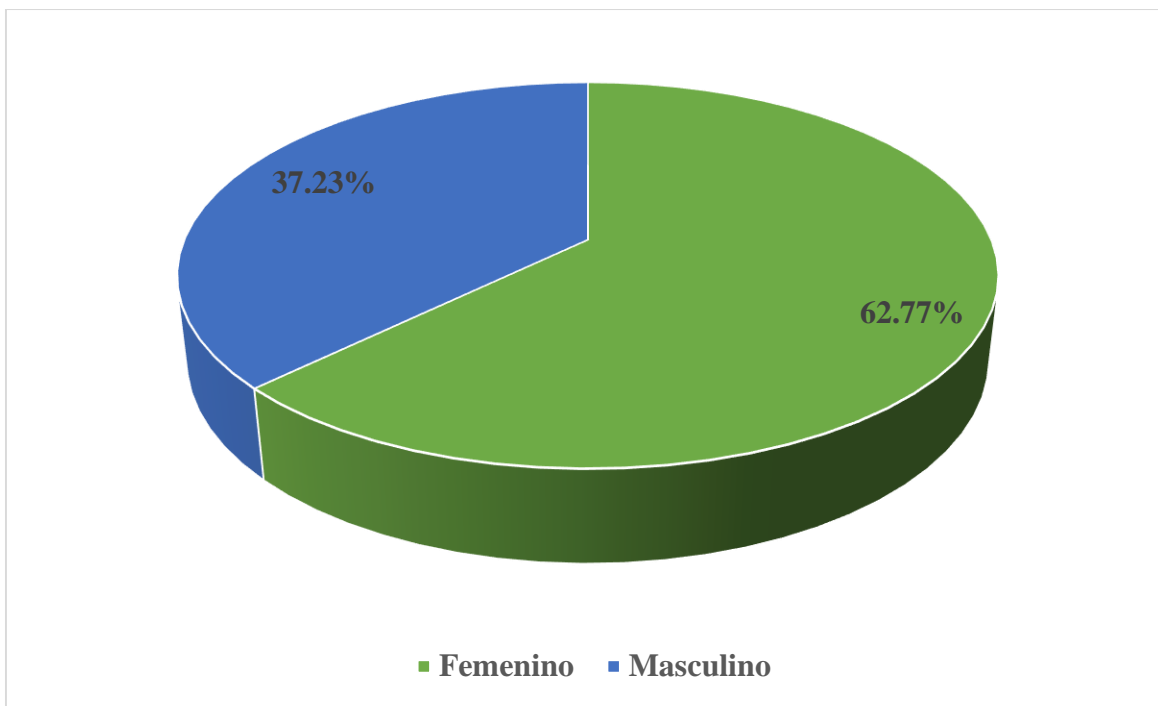
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	86	62.77
Masculino	51	37.23
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia**

De acuerdo a la **tabla 5**, del total de sujetos incluidos en el estudio ( $n=137$ ), el 62.77% ( $n=86$ ) fueron mujeres, mientras que el 37.23% ( $n=51$ ) fueron varones, siendo en este caso, la población femenina del estudio, la que mayor porcentaje abarcó de contagios en el 2020.

**Gráfico 5**

**DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLE  
CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 6****DISTRIBUCION DE EDADES AGRUPADAS POR DECADA DE VIDA, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

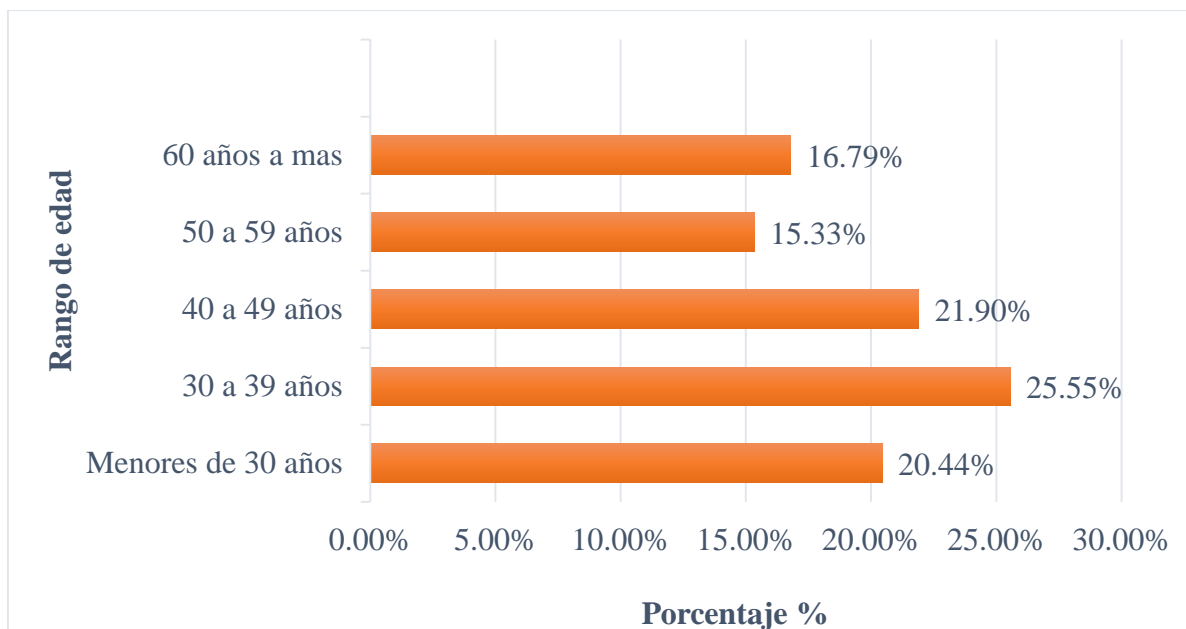
<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Menores de 30 años	28	20.44
30 a 39 años	35	25.55
40 a 49 años	30	21.9
50 a 59 años	21	15.33
60 años a mas	23	16.79
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100.01</b>

**Fuente: Elaboración propia**

En la **tabla 6**, se agrupa al total de sujetos de la muestra (n=137) por décadas de vida, tomando en cuenta que el más joven de los encuestados fue de 22 años y el de mayor edad fue de 66 años. Se observa que de los contagiados de COVID 19 que cumplen con los criterios de inclusión de la muestra, el 20% (n=28) fueron menores de 30 años, el 25.55% (n=35) se encontraron entre los 30 y 39 años, siendo este grupo el de mayor población; seguidamente vemos que, dentro del rango de 40 a 49 años, el porcentaje fue de 21.9% (n=30); la población con menos sujetos fue la de 50 a 59 años, con tan solo 15.33% (n=21); seguida de los mayores de 60 años, que abarcaron un 16.79% (23) del total.

**Gráfico 6**

**DISTRIBUCION DE EDADES AGRUPADAS POR DECADA DE VIDA, DEL  
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS  
PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 7**  
**DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO OCUPACIONAL, DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

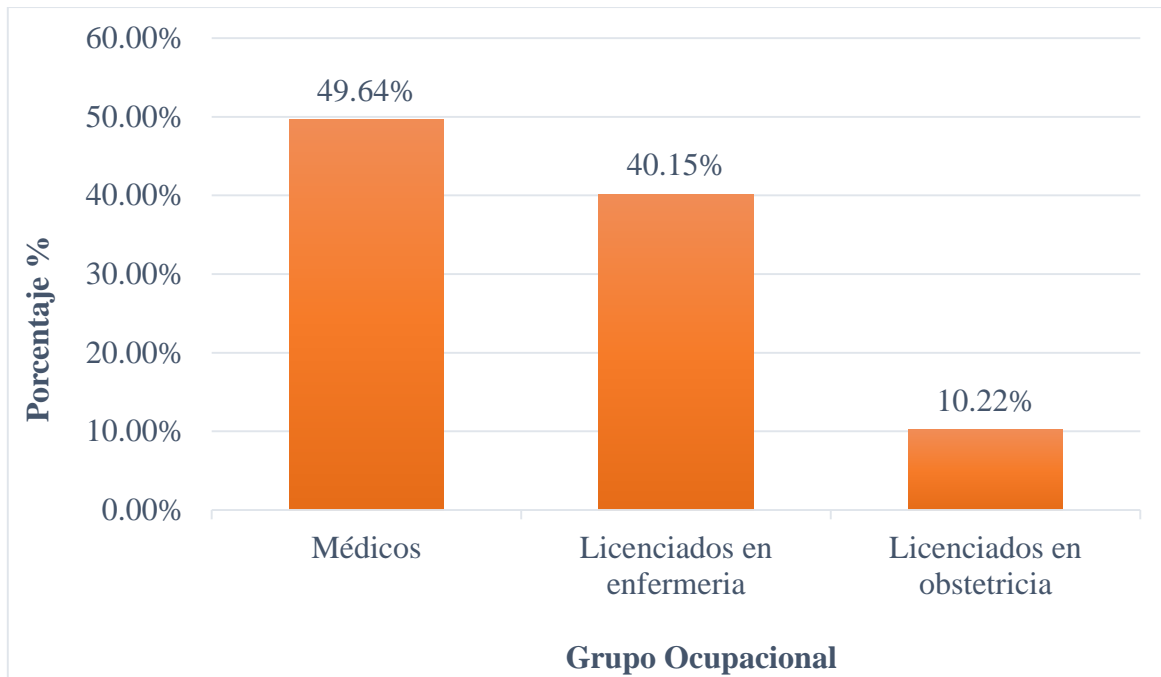
Grupo ocupacional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Médicos	68	49.64
Enfermeros	55	40.15
Obstetras	14	10.22
<b>Total:</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia**

En la **tabla 7**, se divide a la población del estudio en tres categorías según su grupo ocupacional. En dicha tabla se puede observar que, del total, el 49.64% (n=68) fueron médicos, estos incluyeron asistentes, residentes y médicos del triaje diferencial, siendo esta la población con mayor cantidad de sujetos de estudio; seguidamente se observa que el 40.15% (n=55), fueron licenciados de enfermería de todas las áreas del hospital y tan solo el 10.22% (n=14), fueron del personal de obstetricia.

**Gráfico 7**

**DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO OCUPACIONAL DEL PERSONAL DE  
SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE  
CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS  
PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 8**  
**DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE ATENCION REQUERIDA POR**  
**PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,**  
**QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS**  
**PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

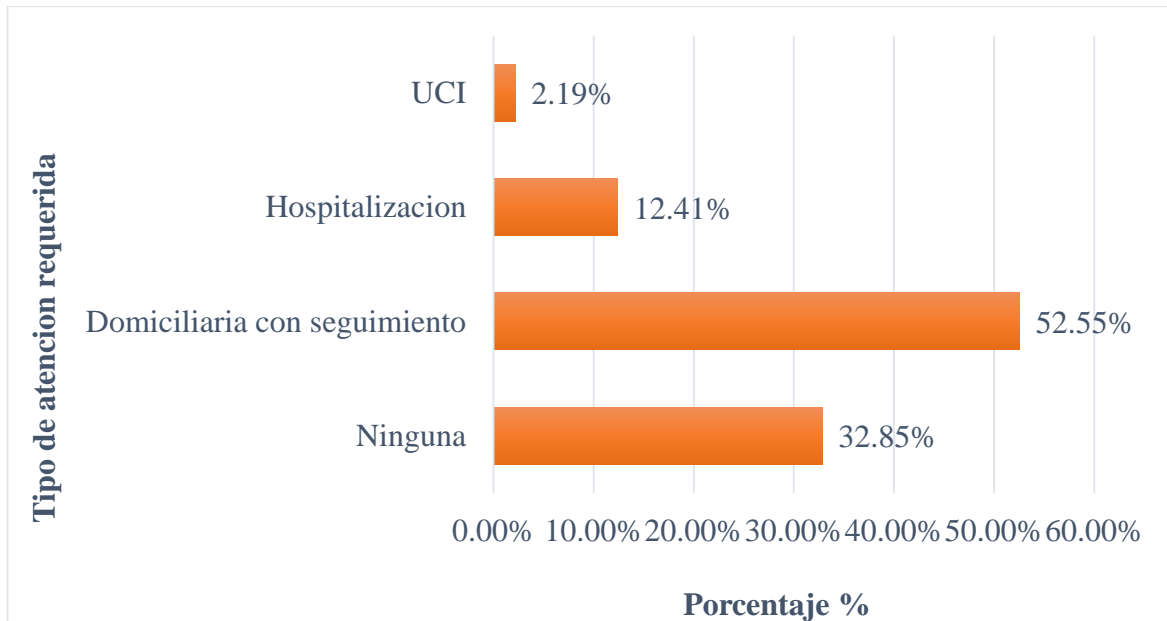
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ninguna	45	32.85
Domiciliaria con seguimiento	72	52.55
Hospitalización	17	12.41
UCI	3	2.19
<b>Total:</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia**

En la tabla 8, se divide a la muestra según el tipo de atención que requirió durante su tiempo de enfermedad. El 32.85% (n=45), no requirió ningún tipo de atención, y solamente fue aislado, mientras que el 72% (52.55%) estuvo aislado en su domicilio con seguimiento médico constante, siendo este el grupo con mayor población; en mucha menos proporción, estuvieron aquellos que requirieron de hospitalización, siendo tan solo el 12.41% (n=17); sin embargo, el menor grupo estuvo conformado por aquellos que requirieron de una cama de la unidad de cuidados intensivos, siendo estos apenas el 2.19% (n=3).

**Gráfico 8**

**DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE ATENCION REQUERIDA POR  
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,  
QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS  
PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 9**

**PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGUN FAMILIAR CERCANO INFECTADO,  
DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS  
CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

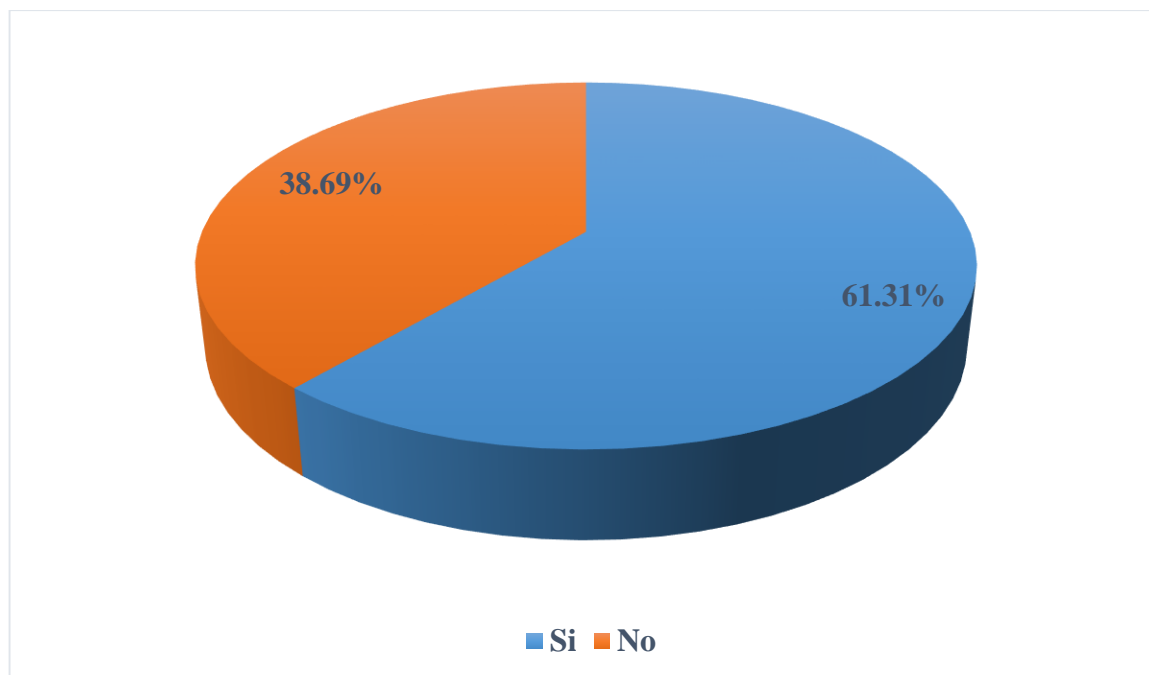
<b>Familiar infectado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Si</b>	84	61.31
<b>No</b>	53	38.69
<b>Total:</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia**

En la **tabla 9**, se observa que del total de la muestra (n=137), el 61.31% (n=84), tuvo por lo menos un familiar cercano infectado, comparado con el 38.69% (n=53), que refiere no haber tenido ningún familiar cercano infectado.

**Gráfico 9**

**PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGUN FAMILIAR CERCANO INFECTADO,  
DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS  
CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 10****DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE ANSIEDAD SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

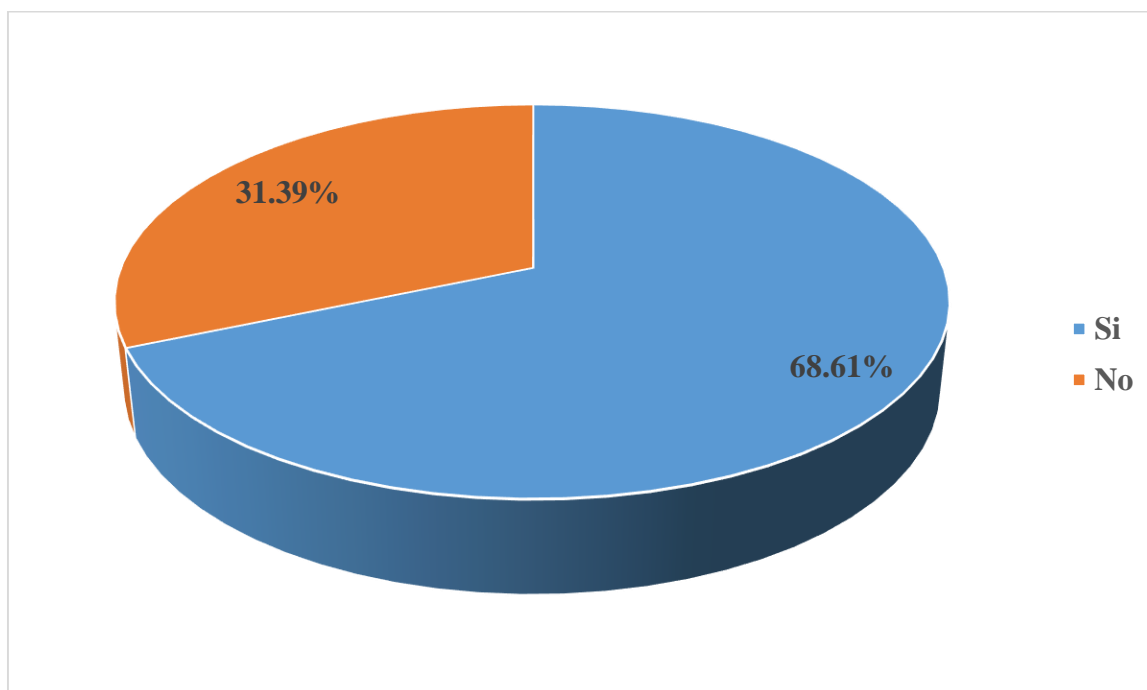
<b>Probable ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	94	68.61
No	43	31.39
<b>Total:</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia**

La **tabla 10**, se basa en los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la subescala de ansiedad de Goldberg, en esta se observa un porcentaje importante con probable ansiedad, siendo este de 68.61% (n=94); en comparación del 31.39% (n=43) que presentaron un puntaje menor al punto de corte para probable ansiedad.

**Gráfico 10**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE ANSIEDAD SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 11****DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE DEPRESION SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

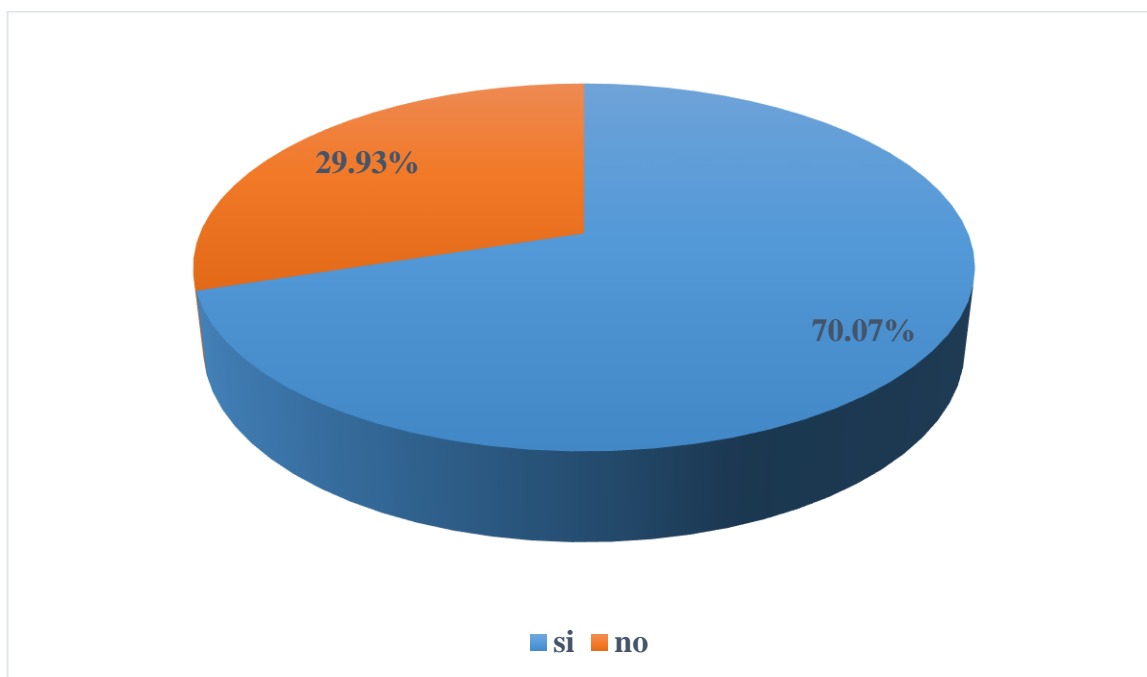
<b>Probable depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
si	96	70.07
no	41	29.93
<b>Total:</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

**Fuente: elaboración propia**

La **tabla 11**, se sustenta en los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la subescala de depresión de Goldberg, en esta se observa un mayor porcentaje con probable depresión, siendo este de 70.07% (n=96); en comparación del 29.93% (n=41) que presentaron un puntaje menor al punto de corte para probable depresión.

**Gráfico 11**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE PROBABLE DEPRESION SEGÚN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 12**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE RESULTADOS SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

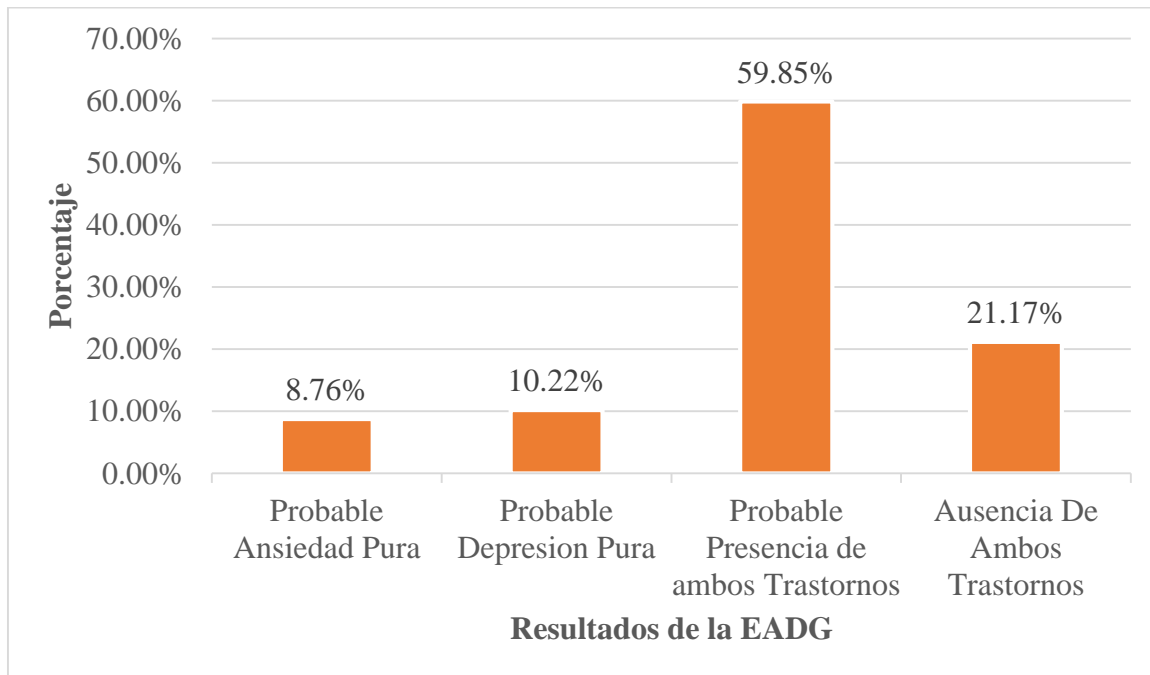
<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Probable Ansiedad Pura	12	8.76%
Probable Depresión Pura	14	10.22%
Probable Presencia de ambos Trastornos	82	59.85%
Ausencia De Ambos Trastornos	29	21.17%
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>

**Fuente: elaboración propia**

La **tabla 12**, establece los porcentajes según el resultado de la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Del total de la muestra (n=137), se obtuvo que el 8.76% (n=12) presentó solamente síntomas de ansiedad, esto seguido del 10.22% (n=14), que presentó únicamente síntomas de depresión; le sigue a este resultado el porcentaje de personas en quienes la aplicación de la escala arrojó puntajes menores al punto de corte de positividad, siendo este un 21.17% (n=29); lo que llama la atención es el porcentaje de personas que presentaron síntomas tanto como para ansiedad como para depresión, siendo este un 59.85% (n=82) del total de participantes que cumplieron los criterios descritos.

**Gráfico 12**

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE RESULTADOS SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**



**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 13**

**RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA POSIBLE PRESENCIA DE ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

Variable sociodemográfica	Presencia de ansiedad*		Total (n=137)	Valor p
	SI (n=94)	NO (n=43)		
	N (%)	N (%)		
<b>Género</b>				
Femenino	63 (73.26%)	23 (26.75%)	86	0.128
Masculino	31 (60.78%)	20 (39.22%)	51	
<b>Edad</b>				
< 30 años	17 (60.71%)	11 (39.29%)	28	0.717
30 a 39 años	26 (74.29%)	9 (25.71%)	35	
40 a 49 años	19 (63.33%)	11 (33.67%)	30	
50 a 59 años	15 (71.43%)	6 (28.57%)	21	
≥ 60 años	17 (73.91%)	6 (26.09%)	23	
<b>Grupo Ocupacional</b>				
Medico	53 (77.94%)	15 (22.06%)	68	0.046
Lic. en enfermería	34 (61.82%)	21 (38.18%)	55	
Lic. en obstetricia	7 (50%)	7 (50%)	14	

\*Presencia de ansiedad:  $\geq 4$  puntos en Subescala de Ansiedad de Goldberg

Fuente: Elaboración propia

En la **tabla 13**, se realizó una comparación entre las variables sociodemográficas y la probable existencia de síntomas de ansiedad en los sujetos de estudio, siendo la población total que presentó una probable ansiedad, 94 personas y los que no, 43, haciendo el sumatorio total de los sujetos en estudio ( $n=137$ ). Se divide en tres variables: género, edad y grupo ocupacional.

En el **apartado de género**, se observó que, de las trabajadoras de **género femenino**, 73.26% ( $n=63$ ) padecía de ansiedad, mientras que 26.75% ( $n=23$ ) no presentaron ansiedad. Por otro lado, de los trabajadores de **género masculino**, 60.78% ( $n=31$ ) presentó ansiedad, mientras que 39.22% ( $n=20$ ) no presentaron ansiedad. Al aplicar la prueba de chi cuadrado (0.128) no se observó diferencia estadísticamente significativa, por lo que no habría relación entre la presencia de un probable trastorno ansioso y el género en pacientes que contrajeron COVID 19 y cumplieron con los criterios planteados para formar parte del estudio.

En el **apartado de edad**, se dividió a la población en 5 grupos divididos por década de vida. En trabajadores **menores de 30 años**, se evidenció que el 60.71% de ellos ( $n=17$ ) presentó ansiedad, mientras que el 39.22% ( $n=11$ ) no la presentó. En trabajadores de **30 a 39 años**, se determinó que el 74.29% ( $n=26$ ) presentó ansiedad, mientras que el 25.71% ( $n=9$ ) no la presentó. En trabajadores de **40 a 49 años**, se evidenció que el 63.3% ( $n=19$ ) presentó ansiedad, mientras que el 33.67% ( $n=11$ ) no la presentó. En trabajadores de **50 a 59 años**, se evidenció que el 71.43% ( $n=15$ ) presentó ansiedad, mientras que el 28.57% ( $n=6$ ) no la presentó. En trabajadores **mayores de 60 años**, se vio que el 73.91% de ellos ( $n=17$ ) presentó ansiedad, mientras que el 26.09% ( $n=6$ ) no la presentó. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado (0.717), no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis que plantea que existe una relación entre ambas variables.

En el último apartado, el de **grupo ocupacional**, se dividió la muestra en tres grupos, de los cuales el primero estuvo conformado por **médicos**, en ellos, se evidenció que el 77.94% ( $n=53$ ) presentó ansiedad, otro grupo estuvo conformado por **licenciados en enfermería**, se evidenció que el 61.82% de ellos ( $n=34$ ) presentó ansiedad, mientras que el 38.18% ( $n=21$ ) no la presentó; en el grupo de **licenciados en obstetricia**, se vio que el 50% ( $n=7$ ) presentó ansiedad, mientras que el 50% ( $n=7$ ) no la presentó. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado (0.046) se observa una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se confirma la hipótesis y sí existiría relación entre estas variables.



**Tabla 14**

**RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA POSIBLE PRESENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA QUE CONTRAJÓ COVID 19 Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE DEL ESTUDIO**

Variable sociodemográfica	Presencia de depresión*		Total (n=137)	Valor p
	SI (n=96)	NO (n=41)		
	N (%)	N (%)		
<b>Género</b>				
Femenino	64 (74.42%)	22 (25.58%)	86	0.149
Masculino	32 (62.75%)	19 (37.25%)	51	
<b>Edad</b>				
< 30 años	18 (64.29%)	10 (35.71%)	28	0.173
30 a 39 años	22 (62.86%)	13 (37.14%)	35	
40 a 49 años	21 (70%)	9 (30%)	30	
50 a 59 años	14 (66.67%)	7 (33.33%)	21	
≥ 60 años	21 (91.30%)	2 (8.70%)	23	
<b>Grupo Ocupacional</b>				
Medico	54 (79.41%)	14 (20.59%)	68	0.057
Lic. en enfermería	34 (61.82%)	21 (38.18%)	55	
Lic. en obstetricia	8 (57.14%)	6 (42.86%)	14	

\*Presencia de depresión: ≥ 2 puntos en Subescala de Depresión de Goldberg

Fuente: Elaboración propia

En la **tabla 14**, se realizó una comparación entre las variables sociodemográficas y la probable existencia de síntomas de depresión en los sujetos de estudio, siendo la población total que presentó probable depresión, 96 personas y los que no 41, haciendo el sumatorio total de los sujetos en estudio ( $n=137$ ). Se divide en tres variables: género, edad y grupo ocupacional.

En el **apartado de género**, se observó que, de las trabajadoras de **género femenino** ( $n=86$ ), 74.42% ( $n=64$ ) padecía de ansiedad, mientras que 25.58% ( $n=22$ ) no presentaron ansiedad. Por otro lado, de los trabajadores de **género masculino** ( $n=51$ ), 62.75% ( $n=32$ ) presentó ansiedad, mientras que 37.25% ( $n=19$ ) no presentaron ansiedad. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado (0.149) no se observó diferencia estadísticamente significativa, por lo que no habría relación entre la presencia de un probable trastorno depresivo y el género en pacientes que contrajeron COVID 19 y cumplieron con los criterios planteados para formar parte del estudio.

En el **apartado de edad**, se dividió a la población en 5 grupos divididos por década de vida. En trabajadores **menores de 30 años** ( $n=28$ ), se evidenció que el 64.29% de ellos ( $n=18$ ) presentó ansiedad, mientras que el 35.71% ( $n=10$ ) no la presentó. En trabajadores de **30 a 39 años**, se determinó que el 62.86% ( $n=22$ ) presentó ansiedad, mientras que el 37.14% ( $n=13$ ) no la presentó. En trabajadores de **40 a 49 años**, se evidenció que el 70% ( $n=21$ ) presentó ansiedad, mientras que el 30% ( $n=9$ ) no la presentó. En trabajadores de **50 a 59 años**, se evidenció que el 91.30% ( $n=21$ ) presentó ansiedad, mientras que el 8.70% ( $n=2$ ) no la presentó. En trabajadores **mayores de 60 años**, se vio que el 91.30% de ellos ( $n=21$ ) presentó ansiedad, mientras que el 8.70% ( $n=2$ ) no la presentó. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado (0.173), no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis que plantea que existe una relación entre ambas variables en pacientes que contrajeron COVID 19 y cumplieron con los criterios planteados para formar parte del estudio.

En el último apartado, el de **grupo ocupacional**, se dividió la muestra en tres grupos, de los cuales el primero estuvo conformado por **médicos**, en ellos, se evidenció que el 79.41% ( $n=54$ ) presentó ansiedad, mientras que el 20.59% ( $n=14$ ) no la presentó; otro grupo estuvo conformado por **licenciados en enfermería**, se evidenció que el 61.82% de ellos ( $n=34$ ) presentó ansiedad, mientras que el 38.18% ( $n=21$ ) no la presentó; en el grupo de **licenciados**

**en obstetricia**, se vio que el 57.14% (n=8) presentó ansiedad, mientras que el 42.86% (n=6) no la presentó. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado (0.057) no se observa una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis y no existiría relación entre estas variables en pacientes que contrajeron COVID 19 y cumplieron con los criterios planteados para formar parte del estudio



**Tabla 15**

**RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION Y LA  
POSIBLE PRESENCIA DE ANSIEDAD, EN EL PERSONAL DE SALUD DEL  
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19  
Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE  
DEL ESTUDIO**

Característica	Presencia de ansiedad*		Total (N=137)	Valor p
	SI N=94 (68.61%)	NO N=43 (31.39%)		
<b>Tipo de atención que recibió</b>				
Ninguna	23 (51.11%)	22 (48.89%)	45	0.006
Domiciliaria con seguimiento	56 (77.78%)	16 (22.22%)	72	
Hospitalización	14 (82.35%)	3 (17.65%)	17	
UCI	1 (33.33%)	2 (66.67%)	3	
<b>Familiar infectado</b>				
Alguno	73 (86.90%)	11 (13.10%)	84	0
Ningún	21 (39.62%)	32 (60.38%)	53	

\***Presencia de ansiedad:**  $\geq 4$  puntos en Subescala de Ansiedad de Goldberg

**Fuente:** Elaboración propia

En la **tabla 15**, se buscó establecer una relación entre las características de la población en estudio y la probable presencia de ansiedad. Se obtuvo un resultado positivo en la subescala de ansiedad de Goldberg en 94 individuos, que fueron el 68.61% del total. Se plantearon dos características, la primera referida al tipo de atención que requirió el sujeto: ninguna (n=45), domiciliaria con seguimiento (n=72), hospitalización (n=17) y UCI (n=3).

Hecha esta clasificación se obtuvo que de los pacientes que no habían requerido ningún tipo de atención, un 51.11% (n=23), presentaba posible ansiedad frente a un 48.89% (n=22) que

no; de los pacientes que habían requerido atención domiciliaria con seguimiento, el 77.78% (n=56), presentaron positividad en la escala, mientras que los que no, fueron tan solo un 22.22% (n=16); de los sujetos que habían sido hospitalizados para su manejo, un 82.35% (n=14), presentó positividad en la escala, frente a tan solo un 17.65% (n=3) que no; finalmente, de los que requirieron de una unidad de cuidados intensivos para su recuperación, un 33.33% (n=1), obtuvieron un probable diagnóstico de ansiedad, mientras que 66.67% (n=2) no obtuvo este resultado.

Al realizar la prueba de Chi cuadrado (0.006) se observó una diferencia estadísticamente significativa, lo que indicaría que sí existe relación entre el tipo de atención que recibió el sujeto y la probable presencia de síntomas de ansiedad.

Del mismo modo, en el siguiente apartado, se obtuvo el resultado de la presencia de síntomas de ansiedad en sujetos que habían tenido al menos un familiar cercano infectado (n=84), frente a los que refirieron que ningún familiar cercano se infectó (n=53). Se obtuvo que de aquellos que tuvieron algún familiar infectado, el 86.90% (n=73) presentó positividad en la subescala de ansiedad, frente al 13.19% (n=11), cuyo resultado fue negativo; en cuanto a los pacientes que refirieron que ningún familiar cercano se había infectado, el 39.62% (n=21), obtuvo un resultado positivo en dicho test, frente al 60.38% (n=32) que no.

Luego de realizar la prueba de Chi cuadrado (0), se determinó una diferencia estadísticamente significativa, lo que indicaría que esta característica sí se estaría relacionada con la probable presencia de síntomas de ansiedad.

**Tabla 16**

**RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION Y LA  
POSIBLE PRESENCIA DE DEPRESION, EN EL PERSONAL DE SALUD DEL  
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, QUE CONTRAJERON COVID 19  
Y CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PLANTEADOS PARA FORMAR PARTE  
DEL ESTUDIO**

Característica	Presencia de ansiedad*		Total (N=137)	Valor p
	SI N=96 (70.07%)	NO N=41 (29.93%)		
<b>Tipo de atención que recibió</b>				
Ninguna	27 (60%)	18 (40%)	45	0.17
Domiciliaria con seguimiento	52 (72.22%)	20 (27.78%)	72	
Hospitalización	15 (88.24%)	2 (11.76%)	17	
UCI	2 (66.67%)	1 (33.33%)	3	
<b>Familiar infectado</b>				
Alguno	65 (77.38%)	19 (22.62%)	84	0.019
Ningún	31 (58.49%)	22 (41.51%)	53	

\*Presencia de depresión:  $\geq 2$  puntos en Subescala de Depresión de Goldberg

**Fuente:** Elaboración propia

En la **tabla 16**, se buscó establecer una relación entre las características de la población en estudio y la probable presencia de depresión. Se obtuvo un resultado positivo en la subescala de depresión de Goldberg en 96 individuos, que fueron el 70.07% del total. Se plantearon dos características, la primera referida al tipo de atención que requirió el sujeto: ninguna (n=45), domiciliaria con seguimiento (n=72), Hospitalización (n=17) y UCI (n=3). Hecha esta clasificación se obtuvo que de los pacientes que no habían requerido ningún tipo de

atención, un 60% (n=27), presentaba posible depresión frente a un 40% (n=18) que no; de los pacientes que habían requerido atención domiciliaria con seguimiento, el 72.22% (n=52), presentaron positividad en la escala, mientras que los que no, fueron tan solo un 27.78% (n=20); de los sujetos que habían sido hospitalizados para su manejo, un 88.24% (n=15), presentó positividad en la escala, frente a tan solo un 11.76% (n=2) que no; finalmente, de los que requirieron de una unidad de cuidados intensivos para su recuperación, un 66.67% (n=2) obtuvieron un probable diagnóstico de depresión, mientras que un 33.33% (n=1), no.

Al realizar la prueba de Chi cuadrado (0.17) no se observó una diferencia estadísticamente significativa, lo que indicaría que no existe relación entre el tipo de atención que recibió el sujeto y la probable presencia de síntomas de depresión.

Del mismo modo, en el siguiente apartado, se obtuvo el resultado de la presencia de síntomas de depresión en sujetos que habían tenido al menos un familiar cercano infectado (n=84), frente a los que refirieron que ningún familiar cercano se infectó (n=53). Se obtuvo que de aquellos que tuvieron algún familiar infectado, el 77.38% (n=65) presentó positividad en la subescala de depresión, frente al 22.62% (n=19), cuyo resultado fue negativo; en cuanto a los pacientes que refirieron que ningún familiar cercano se había infectado, el 58.49% (n=31), obtuvo un resultado positivo en dicho test, frente al 41.51% (n=22) que no.

Luego de realizar la prueba de Chi cuadrado (0), se determinó una diferencia estadísticamente significativa, lo que indicaría que esta característica sí se estaría relacionada con la probable presencia de síntomas de depresión.

## DISCUSION

El presente estudio fue realizado en 347 personas, entre médicos, licenciados en enfermería y licenciados en obstetricia, que representan al sector de salud, todos ellos trabajadores del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que habían contraído COVID 19 durante el 2020, sin embargo, de las 317 personas, solo se aplicó la encuesta al 55.04% (n=191), que fueron aquellas que refirieron haber contraído la enfermedad, el grupo se redujo aún más, ya que en el presente estudio un criterio de inclusión era haberse contagiado durante el año 2020, quedando solamente 152 participantes, de los cuales, se excluyó al 9.87% (n=15), debido a que indicaron que habían tenido diagnóstico de ansiedad y/o depresión hechos por un especialista, previo a contraer COVID 19, y fue en ellos en quienes se aplicó la encuesta sociodemográfica completa y la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Es así que la muestra con la que se trabajó fue de 137 personas que cumplieron con los criterios planteados.

La COVID-19 trae consigo ciertas consecuencias, no solamente físicas, sino también sobre la salud mental de los pacientes (30). En este estudio se evaluó la probable presencia de síntomas de depresión y ansiedad en médicos, licenciados en enfermería y obstetricia, de ambos géneros y de edades que abarcaron desde los 22 hasta los 66 años, que habían tenido diferente tipo de atención durante su proceso de enfermedad y que además pudieran haber tenido al menos un familiar cercano contagiado. Para este fin, se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (45), sin embargo cabe resaltar, que esta no es una prueba usada como diagnóstico definitivo de alguno de estos trastornos, y que su uso para un diagnóstico más certero, debe ir acompañado de la entrevista clínica hecha por un profesional, además, algunas situaciones como trastornos crónicos, de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación, etc; pueden producir falsos negativos (46).

De los participantes incluidos en la muestra (n=137), el 62.77% (n=62.77) fueron mujeres, mientras que el 37.23% (n=51) fueron varones, siendo, la población femenina del estudio, la que mayor porcentaje abarcó de contagios en el 2020. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios a nivel nacional, como el estudio hecho por Figueroa y Ferreyros, en la ciudad de Lima, quienes encontraron que 57.60% del total, eran del sexo femenino (47).

Otros hallazgos incluyeron que, del total de la muestra, el mayor porcentaje estuvo formado por población en rango de edad de 30 a 39 años, con un porcentaje de 25.55% (n=35).

Además, se obtuvo que del total de trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión, el mayor porcentaje fueron médicos, con 49.64% (n=68). También se observó que la mayor parte de individuos incluidos, tuvieron un tipo de atención domiciliaria con seguimiento, 52.55% (n=72). Finalmente, un dato que se recabó dentro de las características de los sujetos estudiados, fue si habían tenido algún familiar cercano infectado, obteniendo que el 61.31 % (n=84) refirió que sí.

Todos estos datos, fueron utilizados para compararlos con los resultados obtenidos con la escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg.

Luego de aplicar La escala de ansiedad y depresión de Goldberg, se obtuvo que un 68.61% (n=94), presentaba puntuación mayor e igual a 4, lo que la convertía en positiva para ansiedad, por otra parte, un 70.07% (n=96), obtuvo un puntaje mayor e igual que dos, siendo positiva para depresión; ambos resultados nos hacen pensar en un probable diagnóstico, pero este no sería definitivo por los motivos mencionados anteriormente; sin embargo, se utiliza como prueba de cribado, y se observa que el porcentaje no es nada despreciable, lo que es comparable con el estudio de Condori Arias, quien también encontró una frecuencia considerable de casos de depresión (56,7%), ansiedad (35,7%) en su estudio hecho en nuestra Región (40).

Posteriormente se procedió a comparar los resultados obtenidos luego de la aplicación de la escala, frente a las variables sociodemográficas y características de los pacientes estudiados.

Se evidencio que, en el apartado de género, un 62.77% (n=86) fueron mujeres, frente a un 37.23% (n=51) que fueron varones. De este grupo, un 73.26% (n=63), fueron mujeres que presentaron un puntaje positivo en la subescala de ansiedad, y un 74.42% (n=64) en la escala de depresión, evidenciándose así que la presencia de ambos trastornos ocupa prácticamente la misma prevalencia. Por otro lado, en lo que respecta a los varones, un 60.78% (n=31), obtuvo positividad en la subescala de ansiedad, y un 62.75 % (n=32) en la de depresión, observando también, que ambos trastornos tienen una prevalencia similar. Sin embargo, de estos sujetos agrupados por género, se evidencia que las mujeres tienen un mayor porcentaje de trastornos afectivos, en este caso ansiedad y depresión. Pese a lo mencionado, al realizar el análisis estadístico, no se observa una diferencia estadísticamente significativa, lo que podría explicarse porque la cantidad de sujetos de la muestra fue predominantemente de mujeres, ya que son ellas las que ocupan en su mayoría los cargos de enfermería y obstetricia. Arias Condori, en un estudio hecho en nuestra región, afirma que el hecho de ser mujer

tendría mayor asociación con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (40). Así también en el estudio hecho por Bautista Rodríguez, se demostró que las mujeres reportan significativamente más ansiedad que los hombres (30), sin embargo, esto no está explicado solo por la COVID-19, Albert, en el 2015, reconoció que el trastorno de ansiedad y depresión tiene una prevalencia de 1.5 y 1.7 veces mayor en mujeres que en hombres. “Específicamente en pacientes con coronavirus, el género femenino es un factor independiente asociado con un mayor grado de depresión”, indicó Bautista Rodríguez (44).

En el siguiente apartado, se clasificaron a los sujetos de estudio en grupos de edad según década de vida, el grupo con mayor población, fueron aquellos de 30 a 39 años con un porcentaje de 25.55% (n=35), sin embargo, el grupo con mayor porcentaje de depresión fueron aquellos mayores de 60 años con un porcentaje de 91.30% (n=21); lo que concuerda con lo que indica la OPS, quienes afirman que, el mayor porcentaje de depresión se encuentra entre los 60 y 64 años (48), por otro lado, al analizar la relación entre edad y subescala de ansiedad, se observó que el mayor porcentaje de dicho trastorno, se encontró en los sujetos de 30 a 39 años siendo estos de 74.29% (n=26), seguido de los mayores de 60 años con un 73.91% (n=17), pero en relación a los demás porcentajes no hubo gran diferencia; sin embargo para la OPS, el mayor porcentaje de ansiedad, ocurre entre los 40 y 44 años (48). Por otro lado, Solomou & Constantinidou, 2020, mostraron que durante el primer año de la actual pandemia, el grupo con mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión estuvo conformado por mujeres de 18 a 29 años (49), sin embargo en dicho estudio abarca a población general que contrajo COVID 19, y no solo al personal de salud. Al aplicar la prueba estadística, no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los dos trastornos relacionados con la edad, en pacientes que cumplían las características de inclusión para nuestro estudio.

La última variable sociodemográfica evaluada, fue el grupo ocupacional de los participantes de esta encuesta, donde el mayor porcentaje de población, fue aquella conformada por médicos con un porcentaje de 49.64% (n=68). Dicho esto, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa, al relacionar el grupo ocupacional con la positividad de ansiedad, mientras que al relacionarlo con depresión, esta no fue estadísticamente significativa; por lo que concluimos en que realmente, la ocupación de los sujetos, determinaría cierto grado de ansiedad; en este caso, el mayor porcentaje estuvo dado en médicos con un 77.94% (n=53), seguido de las licenciadas en enfermería con un 61.82%

(n=34). Tal vez esto esté relacionado con el grado de estrés que se vive día a día en el ejercicio de la profesión, al tener a su cargo la responsabilidad de muchas vidas; dicho estrés aumenta con la desesperanza de ver a sus colegas morir y el miedo a pasar en algún momento por la misma situación. En un estudio hecho por Monterrosa-Castro et. Al en trabajadores de salud, un porcentaje mayor a 70% de los evaluados, refirieron temor de padecer COVID-19, ser “fuente de contagio” para sus familias, la posibilidad de portar el virus de forma asintomática, e incluso el miedo a la muerte (50).

Luego se realizó una comparación entre algunas características de la población en estudio y la probable presencia de ansiedad y/o depresión.

Se plantearon dos características, la primera referida al tipo de atención que requirió el sujeto, donde se encontró que del total, los que no recibieron ningún tipo de atención fueron 32.85% (n=45), atención domiciliaria con seguimiento un 52.55% (n=72), Hospitalización, 12.41% (n=17) y UCI 2.19% (n=3). Por lo que se observa que el mayor número de encuestados, solamente ameritó un seguimiento domiciliario, que estaría relacionado a síntomas leves y hasta moderados de la enfermedad, esto concuerda con Romo et. Al, quien en su estudio muestra que el mayor porcentaje de pacientes que contrajeron COVID 19, fueron leves (43%) y moderados (41%) (51). La segunda característica planteada fue si algún familiar cercano se había infectado, de esta forma, se obtuvo que el 61.31% (n=84) si había tenido al menos un familiar cercano contagiado, frente al 38.69% (n=53), que indicaron que no; se utilizó esta variable como parte de la encuesta, ya que en un estudio anterior, hecho por Condori, se observó una fuerte influencia en pacientes con esta característica, para desarrollar algún tipo de trastorno emocional posterior (40).

Se obtuvo que de los pacientes que no habían requerido ningún tipo de atención, un 51.11% (n=23), presentaba posible ansiedad frente a un 48.89% (n=22) que no; observamos así, que la diferencia entre ambos porcentajes es mínima; no pasa lo mismo en aquellos que requirieron de atención domiciliaria con seguimiento, donde el 77.78% (n=56), presentaron positividad en la escala, mostrando altos índices de ansiedad en este grupo; de igual forma ocurrió con aquellos que habían sido hospitalizados para su manejo donde un 82.35% (n=14), presentó posible ansiedad, siendo este también un alto porcentaje; finalmente, de los que requirieron de una unidad de cuidados intensivos para su recuperación, un 33.33% (n=1), obtuvieron un probable diagnóstico de ansiedad, mientras que 66.67% (n=2) no obtuvo este resultado, lo que llama de cierta forma la atención, por lo que sería conveniente replicar el

estudio en pacientes solamente con esta característica pero con una muestra mucho mayor, ya que con la que contamos, no es suficiente para realizar un adecuado análisis estadístico.

Del mismo modo de los pacientes que no habían requerido ningún tipo de atención, un 60% (n=27), presentaba posibilidad de depresión, frente a un 40% (n=18) que no, observamos de esta forma, que existe cierto predominio de depresión en este grupo; pasa lo mismo en aquellos que requirieron de atención domiciliaria con seguimiento, sin embargo el porcentaje es mucho mayor, donde el 72.22% (n=52), presentaron positividad en la escala, mostrando altos índices de depresión en esta población; de igual forma ocurrió con aquellos que habían sido hospitalizados para su manejo donde un 88.25% (n=15), presentó posible depresión, siendo este también un alto rango; finalmente, de los que requirieron de una unidad de cuidados intensivos para su recuperación, un 66.67% (n=2), obtuvieron un probable diagnóstico de depresión, mientras que 33.33% (n=1), no obtuvo este resultado, sin embargo la población con esta característica es muy reducida y sería conveniente recrear el estudio en pacientes recuperados de COVID 19 que hayan requerido de una cama en la unidad de cuidados intensivos.

En ambos casos, tanto en ansiedad como en depresión, se observa que el mayor porcentaje de pacientes con positividad a la escala, se encuentra en el grupo que requirió hospitalización. Al realizar las pruebas estadísticas, se evidencio una diferencia estadísticamente significativa en aquellos que tuvieron puntaje positivo para ansiedad, mientras que en los que dieron puntaje positivo para depresión, no hubo diferencia significativa. Esto indicaría que existe una fuerte relación entre el tipo de atención que recibió el sujeto y la probable presencia de síntomas de ansiedad posteriores, sin embargo, sería conveniente replicar este estudio con mayor población que haya estado hospitalizada, asimismo sería interesante y podría ser motivo de otro estudio, el describir cuales fueron las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de este grupo, para comprender el porqué de su alto porcentaje de ansiedad.

Por otro lado, se obtuvo también la relación entre sujetos con probable ansiedad y/o depresión y aquellos que habían tenido al menos un familiar cercano infectado con un porcentaje de 61.31% (n=84), frente a los que refirieron que ningún familiar cercano se infectó siendo ellos 38.69% (n=53).

De este grupo se obtuvo que en cuanto a los que sí habían tenido un familiar cercano infectado, un 86.9% (n=73), presento signos de ansiedad y un 77.38% (n=65), de depresión;

en contraparte, en aquellos que refirieron no haber tenido a ningún familiar infectado, solo un 39.62% (n=21) presentó probable ansiedad y un 58.49% (n=31), probable depresión. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa en ambos casos, lo que indicaría que esta característica si se relacionó con la probable presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión. Esto se explicaría tal vez, por el miedo que conlleva poder re-infectarse y volver a contagiar a un ser querido, o la pérdida de algún familiar cercano, esto se asemeja a lo dicho por Álvaro Monterrosa-Castro et. Al, en su estudio, donde especifica que un porcentaje mayor a 70% de los evaluados, entre otros temores, refirieron el miedo a ser “fuente de contagio” para sus familias y a la muerte (50).

Se debe tener en cuenta que los factores con los que se relacionó el riesgo a desarrollar ansiedad y/o depresión, son factores propios de cada sujeto y no pueden ser modificables, y otros son propios de su ocupación laboral, así también, el personal de salud está expuesto diariamente a todo tipo de amenazas que son un constante factor de riesgo para desarrollar trastornos emocionales no solo en el contexto de la pandemia de la COVID-19, sino también antes de esta. Es por tal motivo que deben buscarse factores protectores para la salud mental, tales como el deporte, la meditación y otras actividades de ocio que busquen disipar los estragos que la coyuntura actual puede desencadenar en la salud mental de las personas.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se encuentran el acceso al hospital, ya que al ser el principal hospital COVID de la región y dado el aumento exponencial de casos en las últimas semanas, resultó un poco más difícil de lo esperado acceder a dicho nosocomio, así también como llegar a las personas que podían ser objeto de estudio para poder tener una muestra mayor. Por otro lado, el presente estudio no incluyó al resto del personal de salud, como odontólogos, nutricionistas, psicólogos, etc, en quienes, en otros estudios, se encontraron síntomas de orden mental producto de la actual coyuntura (52).

## CONCLUSIONES

1. El impacto que ha generado la actual pandemia por COVID 19, no ha generado solo estragos físicos en la población, sino también mentales, y en el presente estudio se observó los altos porcentajes de ambos trastornos descritos, por lo que se concluye que existe una relación importante entre El COVID 19 y la presencia posterior de síntomas de ansiedad y depresión.
2. En el presente estudio, las mayorías de variables sociodemográficas relacionadas a ansiedad y depresión, no tuvieron significancia estadística, a excepción de aquella que incluye el grupo ocupacional relacionado a la presencia de ansiedad
3. Las características de los pacientes, tales como el tipo de atención que requirió y si tuvo algún familiar cercano contagiado, relacionadas a estados de ansiedad, sí tuvieron significancia estadística, en cambio, al relacionarlas con estados de depresión, solo el hecho de tener algún familiar infectado fue estadísticamente significativo, mientras que el tipo de atención requerida, no.

## RECOMENDACIONES

- I.** El presente estudio da evidencia de la alta prevalencia de estos trastornos, y como se mencionó anteriormente, el instrumento usado, se debería complementar con una evaluación clínica por el especialista correspondiente, ya que sirve como herramienta de cribado.
  
- II.** Siendo el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, un hospital de referencia y actualmente el principal hospital COVID de la región Arequipa, es que se debería hacer seguimiento de sus trabajadores por el área de salud ocupacional, pero no solo para detectar síntomas físicos, sino también mentales y de esta forma garantizar la óptima funcionabilidad de sus trabajadores.
  
- III.** Sería conveniente recrear el presente estudio con una mayor muestra y con personal no solo de salud, sino de todas las áreas de dicho hospital, para sentar un precedente en los demás centros prestadores de servicio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del. *Rev Med Hered.* 2020;125–31.
2. Cruz Palacios M, Santos E, Cervantes Velázquez MA, León Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2020;(xx):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
3. División de la Asociación Argentina de Microbiología. Informe SARS COV-2. *Soc Argentina Virol.* 2020;4–22.
4. Pastian Soto G. Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune. *Int J Odontostomat.* 2020;331–7.
5. Alertas C de C de, y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2020.
6. Wei-jie G, Zheng-yi N, Hu Y, Wen-hua L. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *new Engl J of Med.* 2020;13.
7. Madrigal-Rojas JP, Quesada-Loría M, García Sánchez M, Solano Chinchilla A. SARS CoV-2, manifestaciones clínicas y consideraciones en el abordaje diagnóstico de COVID19. *Rev Med Costa Rica.* 2020;85:13–21.
8. World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
9. Mcintosh, Kenneth; HIRSCH, Martin S.; BLOOM, Allyson. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *UpToDate Hirsch MS Bloom*, 2020, vol. 5, p. 1-1.
10. Kessler R, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin K. Desarrollo de la comorbilidad de por vida en las encuestas mundiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. *Psiquiatr Arch Gen.* 2011;68:90–100.
11. Williams, John, et al. Screening for depression in adults. UpToDate (pristupljeno 20.4. 2017.) dostupno na: <http://www.uptodate.com>, 2018.
12. Ministerio de Salud del Perú. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a

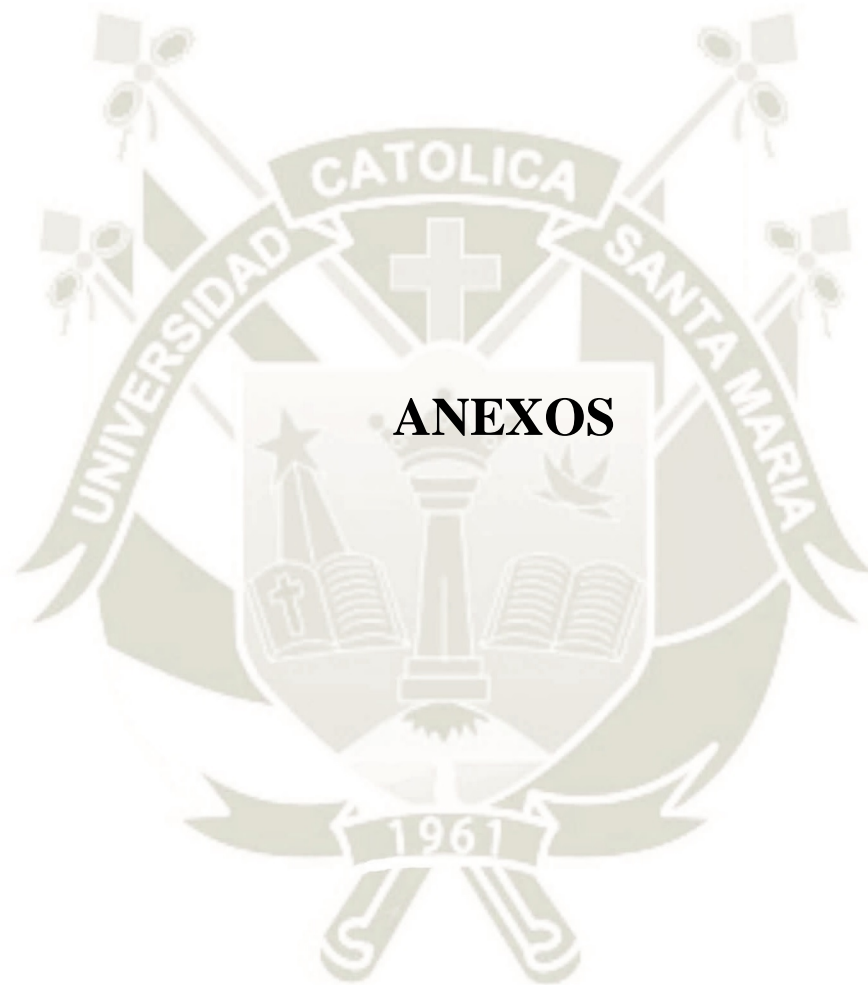
- trabajadores de primer nivel de atención. 2020;Módulo 6:20. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2279.pdf>
13. Wang J, Wu X, Lai W, Long E. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *Br Med J.* 2017;7:14.
  14. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M. Subtratamiento de personas con trastorno depresivo mayor en 21 países. *Br J Psychiatry.* 2017;2:119–24.
  15. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med.* 2019;6:559–68.
  16. LYNESS, Jeffrey M. Unipolar depression in Adults: Assessment and diagnosis. UpToDate. Waltham, MA: Denise S. Basow. Retrieved from, 2015.
  17. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin psychiatry.* 2009;70(9):1219–29.
  18. Atención G de T de la G de PC para el M de P con T de A en, Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2006.
  19. Mallen Martínez M, López Garza DN. Trastornos de ansiedad. *Rev Neurol Neurocir y Psiquiatr.* 2011;44(3):101–7.
  20. Baldwin, David; Stein, M. B.; Hermann, R. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): *UpToDate*, 2018.
  21. American Psychiatric Association. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5 y la CIE-10. Organización Panamericana de la Salud. 2014.
  22. Alba Quiroga L, Brañas Espiñeira MI, González JG. Guía Clínica de Trastornos de ansiedad. In: Fistera. 2016. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/>
  23. Reyes-Ticas A. Trastornos de ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento. Universidad Complutense. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
  24. El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín Inf Clínica Ter la Acad *Nac Med.* 2013;56(4):53–5.

25. Craske, Michelle, et al. Approach to treating generalized anxiety disorder in adults. Waltham, MA: *UpToDate*. Accessed August, 2016, vol. 18, p. 2016.
26. Hunot V, Churchill R, Lima MS de, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;76.
27. Hendriks GJ, Voshaar R, Oude C, Keijsers G. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;
28. A. E, Troyer JN, Kohn SH. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms, Brain, Behavior, and Immunity. *ELSEVIER*. 2020;87:34–9.
29. Mannan Baig A, Khaleeq A, Usman A, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci*. 2020;11(7):995–8.
30. Magali V, Rocha R, Straffon JE, Mioni LC. Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19 Reporte técnico. *CONCYTEP*. 2020;1–27.
31. Ho-Bun Lam M. Mental Morbidities and Chronic Fatigue in Severe Acute Respiratory Syndrome Survivors-Long-term Follow-up. *Arch Intern Med*. 2009;2142–2147.
32. Steardo LJ, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry*. 2020;10(261):12.
33. Zorec R, Županc TA, Verkhatsky A. Astroglipathology in the infectious insults of the brain. *Neurosci Lett*. 2019;56–62.
34. Steardo L, Steardo LJ, Zorec R, Verkhatsky A. Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. *Acta Physiol*. 2020;4.
35. Talan J. COVID-19: Neurologists in Italy to Colleagues in US: Look for Poorly-Defined Neurologic Conditions in Patients with the Coronavirus. *Neurol Today*. 2020;
36. Mendez R, Balanza Martinez V, Luperdi S, Estrada I. Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *J Intern Med*. 2021;0(0):11.
37. Bender del Busto JE, Mendieta Pedroso MD, León Castellón R, Hernandez Toledo L. Manifestaciones psiquiátricas en relación con la infección por el SARS-CoV-2. An la

- Acad Ciencias Cuba.* 2020;10(3).
38. Valero Cedeño NJ, Vélez Cuenca MF, Duran Mojica ÁA, Torres Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión.* 2020;5(3).
  39. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Heal Nursing.* 2020;29:315–318.
  40. Condori Arias Y. Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa [Internet]. Universidad Nacional de san agustin; 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. <http://190.119.145.154/handle/UNSA/11070>
  41. Quispe Leiva JG. Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; 2020. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11348/MCqulejg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]
  42. Oblitas González A, Sempertegui Sánchez N. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. 2020.
  43. Becerra Canales BD, Becerra Huamán D. Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020 [citado 26 May 2021];, 36(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>
  44. Bautista Rodríguez E. Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19. 2020. [http://www.concytep.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Reporte-tecnico-CONCYTEP-COVID19-127\\_2020.pdf](http://www.concytep.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Reporte-tecnico-CONCYTEP-COVID19-127_2020.pdf)
  45. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J.* 1988;97:897–9.
  46. Montón C, Pérez-Echevarría M, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten*

*Primaria*. 1993;12(345–349).

47. Figueroa Albertis JG, Ferreyros Prieto LM. No TitleEvaluación de factores sociodemográficos y la automedicación en tiempos de Covid-19, en la población El Progreso-sector 2- Carabayllo, julio - 2020. 2021. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]  
[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNID\\_35852cf89c374e500d18bf7e58fe5d76/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNID_35852cf89c374e500d18bf7e58fe5d76/Details)
48. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Organización Panamericana de la Salud, 2015, p. 10-11
49. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: Age and sex matter. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1–19.
50. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga, J Mercado-Lara M, Flores-Monterros C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2):195–213.
51. Romo D, Saucedo R, Hinojosa M. Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Rev Lat Infect Pediatr*. 2020;33:s10-s32
52. Jianbo Lai Ms, Ma S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw*. 2020;3(3):12.



**ANEXO 1:  
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**I. Encuesta sociodemográfica**

**SEXO**

- a. FEMENINO
- b. MASCULINO

**EDAD**

\_\_\_\_\_

**CONTRAJO COVID 19**

- a. SI
- b. NO

**EN QUE MES Y AÑO LO CONTRAJO**

\_\_\_\_\_

**TUVO DIAGNOSTICO PREVIO AL COVID 19 DE ANSIEDAD Y/O  
DEPRESION**

- a. SI
- b. NO

## II. Características del sujeto de estudio

<b>¿Cuál fue el método por el que fue diagnosticado de COVID 19?</b>	Prueba Rápida	Prueba antigénica	Prueba Molecular	Prueba serológica cuantitativa
<b>¿Qué tipo de atención requirió?</b>	Ninguna	Domiciliaria con seguimiento	Hospitalización	UCI
<b>Grupo ocupacional al que pertenece (especifique)</b>	Profesional de salud	Técnico de salud	Personal administrativo	Personal de mantenimiento
<b>Tuvo algún familiar infectado</b>	si	no		

### III. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

#### ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

##### SUBESCALA DE ANSIEDAD

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL ANSIEDAD

##### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DEPRESIÓN

Fuente: Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. (1988)

#### IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los efectos en el estado emocional de personas que contrajeron COVID 19, durante el año 2020-2021. Si usted fue diagnosticado de COVID 19, por favor lea la siguiente información y si está de acuerdo proceda a realizar el cuestionario.

##### **Participación voluntaria**

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

##### **Procedimientos**

Luego de aceptar su participación, usted accederá a un cuestionario para evaluar mediante un instrumento validado, el grado de ansiedad y/o depresión que pueda estar padeciendo.

##### **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio

##### **Beneficios**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer los efectos del COVID 19 en el estado mental de la población para posteriormente realizar un plan de acción de confirmarse que la prevalencia es importante

##### **Confidencialidad**

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

**ANEXO 2:  
MATRIZ DE DATOS**

Nro	Contrajo COVID	Dx previo de an0edad y/o depre0n	Método Dx	variables sociodemograficas			características del sujeto		subescala de an0edad				subescala de depre0n			
				Sexo	Edad	Grupo ocupacional	Tipo de atención	Familiar infectado	probable an0edad	sum 1.1	sum 1.2	puntaje 1	probable depre0n	sum 2.1	sum 2.2	puntaje2
1	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	24	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	NO	2	1	3	NO	2	3	5
2	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	27	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	2	1	3
3	SI	NO	MOLECULAR	MASC	26	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	2	3	5	SI	2	3	5
4	SI	NO	MOLECULAR	FEM	35	MEDICO	HOSPITAL	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
5	SI	NO	CUANTITA	MASC	32	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	4	7	NO	0	0	0
6	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	36	OBSTE	DOMICILIO	SI	SI	2	2	4	SI	2	3	5
7	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	30	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	3	5	8	SI	1	4	5
8	SI	NO	MOLECULAR	FEM	34	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	3	4	7	SI	2	2	4
9	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	43	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	2	2	4
10	SI	NO	MOLECULAR	FEM	56	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	2	3	5
11	SI	NO	MOLECULAR	FEM	57	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	1	2	3
12	SI	NO	MOLECULAR	FEM	58	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	1	2	3
13	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	25	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	2	3	5	SI	3	4	7
14	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	22	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	NO	0	0	0	NO	1	0	1
15	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	31	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	NO	0	0	0
16	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	57	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	3	5	8
17	SI	NO	MOLECULAR	FEM	49	ENFERMERO	HOSPITAL	SI	SI	3	5	8	SI	2	4	6
18	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	49	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	SI	1	5	6

19	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	22	OBSTE	DOMICILIO	SI	SI	2	3	5	SI	1	3	4
20	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	56	OBSTE	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	SI	1	4	5
21	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	37	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	2	4	6	NO	0	0	0
22	SI	NO	CUANTITA	MASC	31	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	3	4	7
23	SI	NO	MOLECULAR	MASC	48	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	1	5	6
24	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	29	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	3	0	3	SI	2	0	2
25	SI	NO	MOLECULAR	FEM	30	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	4	5	9	SI	2	3	5
26	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	30	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	SI	2	5	7	SI	2	3	5
27	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	32	MEDICO	DOMICILIO	NO	NO	0	0	0	SI	1	2	3
28	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	52	OBSTE	DOMICILIO	NO	NO	0	0	0	NO	1	0	1
29	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	23	OBSTE	DOMICILIO	NO	NO	3	0	3	NO	0	0	0
30	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	29	ENFERMERO	NINGUNA	SI	NO	0	0	0	NO	0	0	0
31	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	40	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	1	3	4
32	SI	NO	MOLECULAR	MASC	45	OBSTE	DOMICILIO	SI	NO	0	0	0	NO	0	0	0
33	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	40	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	3	3	6	SI	3	1	4
34	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	32	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	2	3	5	NO	0	0	0
35	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	37	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	3	6	NO	0	0	0
36	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	63	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	1	5	6
37	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	35	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	2	2	4	NO	0	0	0
38	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	62	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	2	3	5	SI	1	2	3
39	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	56	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	NO	0	0	0
40	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	55	OBSTE	NINGUNA	SI	SI	2	4	6	SI	1	2	3
41	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	39	OBSTE	NINGUNA	SI	SI	2	3	5	NO	0	0	0

42	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	60	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	2	4	6
43	SI	NO	MOLECULAR	MASC	66	MEDICO	UCI	NO	NO	0	0	0	SI	1	2	3
44	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	28	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	SI	4	5	9	NO	1	0	1
45	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	26	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	3	3	6	SI	3	3	6
46	SI	NO	MOLECULAR	MASC	26	MEDICO	NINGUNA	SI	NO	1	45	46	NO	0	0	0
47	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	24	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	1	2	3
48	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	58	ENFERMERO	NINGUNA	SI	SI	2	3	5	SI	3	4	7
49	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	35	ENFERMERO	NINGUNA	SI	SI	2	2	4	SI	1	3	4
50	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	42	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	3	3	6	SI	1	2	3
51	SI	NO	MOLECULAR	FEM	38	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	5	7	SI	2	5	7
52	SI	NO	MOLECULAR	FEM	37	ENFERMERO	NINGUNA	SI	NO	3	0	3	SI	4	3	7
53	SI	NO	MOLECULAR	FEM	54	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	3	5	8	SI	2	3	5
54	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	38	MEDICO	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
55	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	28	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
56	SI	NO	MOLECULAR	FEM	54	MEDICO	UCI	SI	NO	1	0	1	NO	0	0	0
57	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	52	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	2	5	7
58	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	46	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	3	5	8
59	SI	NO	MOLECULAR	MASC	58	ENFERMERO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	4	5	9
60	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	57	OBSTE	DOMICILIO	NO	SI	2	5	7	SI	2	4	6
61	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	48	MEDICO	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
62	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	59	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	SI	4	5	9	SI	2	5	7
63	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	55	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	4	6	NO	0	0	0
64	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	ENFERMERO	NINGUNA	SI	SI	4	3	7	NO	0	0	0

65	SI	NO	MOLECULAR	MASC	32	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	4	1	5	SI	1	3	4
66	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	34	ENFERMERO	NINGUNA	SI	NO	0	0	0	SI	2	2	4
67	SI	NO	MOLECULAR	MASC	64	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	3	5	8
68	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	25	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	1	3	4
69	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	61	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	2	5	7	SI	1	4	5
70	SI	NO	MOLECULAR	MASC	42	MEDICO	DOMICILIO	SI	NO	0	0	0	SI	1	1	2
71	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	36	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
72	SI	NO	MOLECULAR	FEM	61	ENFERMERO	HOSPITAL	SI	SI	3	5	8	SI	4	5	9
73	SI	NO	MOLECULAR	FEM	42	ENFERMERO	HOSPITAL	NO	SI	2	5	7	SI	2	5	7
74	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	28	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	SI	3	3	6	SI	2	5	7
75	SI	NO	MOLECULAR	MASC	66	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	2	5	7
76	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	65	MEDICO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	SI	1	1	2
77	SI	NO	MOLECULAR	MASC	64	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	5	7	SI	2	5	7
78	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	33	OBSTE	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	2	3	5
79	SI	NO	MOLECULAR	FEM	65	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	1	5	6
80	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	52	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	4	8	SI	3	4	7
81	SI	NO	MOLECULAR	MASC	33	MEDICO	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	SI	1	1	2
82	SI	NO	MOLECULAR	MASC	23	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	2	0	2	NO	0	0	0
83	SI	NO	CUANTITA	MASC	56	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
84	SI	NO	MOLECULAR	MASC	43	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	3	3	6
85	SI	NO	MOLECULAR	MASC	23	ENFERMERO	NINGUNA	SI	NO	2	0	2	NO	0	0	0
86	SI	NO	MOLECULAR	FEM	40	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	4	5	9	SI	1	2	3
87	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	36	OBSTE	DOMICILIO	NO	SI	3	3	6	SI	1	3	4

88	SI	NO	MOLECULAR	FEM	63	MEDICO	HOSPITAL	NO	NO	0	0	0	NO	1	0	1
89	SI	NO	MOLECULAR	MASC	64	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	2	4	6
90	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	48	MEDICO	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
91	SI	NO	MOLECULAR	MASC	31	ENFERMERO	NINGUNA	SI	NO	0	0	0	NO	0	0	0
92	SI	NO	MOLECULAR	FEM	24	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	4	1	5	SI	4	3	7
93	SI	NO	MOLECULAR	FEM	26	MEDICO	DOMICILIO	NO	SI	4	0	4	SI	1	2	3
94	SI	NO	MOLECULAR	MASC	60	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	5	7	SI	1	2	3
95	SI	NO	MOLECULAR	FEM	24	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	2	2	4
96	SI	NO	MOLECULAR	FEM	64	MEDICO	UCI	SI	SI	4	5	9	SI	2	5	7
97	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	65	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	4	5	9	SI	3	4	7
98	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	60	MEDICO	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
99	SI	NO	MOLECULAR	MASC	37	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	4	2	6
100	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	27	ENFERMERO	HOSPITAL	NO	NO	1	0	1	SI	1	3	4
101	SI	NO	MOLECULAR	FEM	46	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	1	1	2
102	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	27	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	4	3	7	SI	3	3	6
103	SI	NO	MOLECULAR	MASC	41	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	NO	0	0	0	NO	0	0	0
104	SI	NO	MOLECULAR	MASC	54	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	1	2	3
105	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	NO	0	0	0
106	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	3	5	SI	1	2	3
107	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	46	OBSTE	DOMICILIO	SI	NO	1	0	1	NO	0	0	0
108	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	34	ENFERMERO	NINGUNA	SI	SI	4	3	7	SI	4	3	7
109	SI	NO	MOLECULAR	FEM	32	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	2	3	5	NO	0	0	0
110	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	48	MEDICO	DOMICILIO	NO	SI	3	4	7	SI	3	5	8

111	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	45	OBSTE	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	SI	1	2	3
112	SI	NO	ANTIGENICA	FEM	34	MEDICO	NINGUNA	SI	SI	3	5	8	SI	2	2	4
113	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	57	OBSTE	DOMICILIO	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
114	SI	NO	MOLECULAR	FEM	36	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	4	1	5
115	SI	NO	MOLECULAR	FEM	60	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	4	6	SI	3	1	4
116	SI	NO	MOLECULAR	FEM	61	ENFERMERO	HOSPITAL	SI	SI	3	5	8	SI	4	5	9
128	SI	NO	MOLECULAR	FEM	46	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	3	5	8	SI	1	1	2
129	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	27	MEDICO	NINGUNA	NO	SI	4	3	7	SI	3	3	6
130	SI	NO	ANTIGENICA	MASC	48	MEDICO	DOMICILIO	NO	SI	3	4	7	SI	3	5	8
131	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	3	5	SI	1	2	3
121	SI	NO	MOLECULAR	FEM	42	ENFERMERO	HOSPITAL	NO	SI	2	5	7	SI	2	5	7
122	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	28	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	SI	3	3	6	SI	2	5	7
123	SI	NO	MOLECULAR	MASC	23	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	2	0	2	NO	0	0	0
124	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	NO	0	0	0
125	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	65	MEDICO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	SI	1	1	2
126	SI	NO	MOLECULAR	FEM	36	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	4	1	5
127	SI	NO	MOLECULAR	FEM	60	MEDICO	DOMICILIO	SI	SI	2	4	6	SI	3	1	4
117	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	49	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	NO	0	0	0
118	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	34	ENFERMERO	NINGUNA	SI	SI	4	3	7	SI	4	3	7
119	SI	NO	MOLECULAR	FEM	24	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	SI	4	5	9	SI	2	2	4
120	SI	NO	CUANTITA	MASC	56	ENFERMERO	NINGUNA	NO	NO	1	0	1	NO	0	0	0
132	SI	NO	MOLECULAR	MASC	66	MEDICO	HOSPITAL	SI	SI	4	5	9	SI	2	5	7
133	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	MASC	65	MEDICO	NINGUNA	NO	NO	0	0	0	SI	1	1	2

134	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	34	ENFERMERO	NINGUNA	SI	<b>SI</b>	4	3	7	<b>SI</b>	4	3	7
135	SI	NO	MOLECULAR	FEM	32	ENFERMERO	DOMICILIO	SI	<b>SI</b>	2	3	5	<b>NO</b>	0	0	0
136	SI	NO	MOLECULAR	FEM	42	ENFERMERO	HOSPITAL	NO	<b>SI</b>	2	5	7	<b>SI</b>	2	5	7
137	SI	NO	PRUEBA RAPIDA	FEM	28	ENFERMERO	DOMICILIO	NO	<b>SI</b>	3	3	6	<b>SI</b>	2	5	7



**ANEXO 3:**  
**PERMISO DEL HRHDE PARA REALIZACION DE PROYECTO**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA  
DEL PERU"

SR  
DR RICHARD HERNANDEZ MAYORI  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA

Presente

**Asunto:** Realización de trabajo de investigación en el HRHDE

Yo Helena Emperatriz Loayza Rojas,  
estudiante del último año de la carrera de Medicina  
Humana de la Universidad Católica de Santa  
María, identificado con DNI 72786733, ante usted  
me presento, expongo y solicito

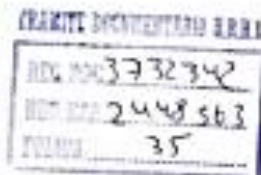
De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, reciba usted mi más cordial saludo, de esta manera exponerle que me encuentro realizando mi trabajo de tesis con título: "Ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID 19, Arequipa 2021", para optar por el título de médico cirujano, para lo cual requiero recolectar datos por medio de encuestas.

Por tal motivo, solicito, se me permita ingresar a los ambientes del hospital que usted dignamente dirige, con los EPPS y protocolos correspondientes que la coyuntura actual amerita, durante el mes de mayo del presente año, para recabar dichos datos.

Ruego a usted acceder a mi solicitud, por ser importante para mi formación profesional.

Quedo de usted.



Arequipa, 24 de Mayo del 2021

Atentamente:



  
Helena Emperatriz Loayza Rojas  
DNI 72786733



## UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

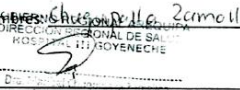
### VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la universidad Católica de Santa María

Título: "Ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID 19, Arequipa 2021"

<b>Autor:</b>
Código: <u>2014600092</u> D.N.I. <u>72786733</u>
Apellidos y nombres: <u>Loayza Rojas Helena Emperatriz</u>
Email: <u>72786733@ucsm.edu.pe</u>

<b>Facultad</b>
<u>Medicina Humana</u>
<b>Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado</b>
<u></u>

<b>Datos del Asesor</b>
Código: <u>7970</u>
Apellidos y nombres: <u>Sharon de la Zamañoca Maribel Hilda</u> D.N.I. <u>41258025</u>
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ROSALES III ROYENECHE Dpto. Arequipa c. Firma