

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



**“NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PERSONAL DE SALUD
QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN
AREQUIPA- 2021”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Morán Nina, Evelyn Diana

Rosas Gutiérrez, Marilia Estefanía

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

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, 14 de Junio del 2021

Dictamen: 003910-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003910, presentado por:

2014801822 - ROSAS GUTIERREZ MARILIA ESTEFANIA

2012602132 - MORAN NINA EVELYN DIANA

Titulado:

**NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA
COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1312 - MONTANCHEZ CARAZAS EDGAR
DICTAMINADOR**



**1575 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO
DICTAMINADOR**



**2200 - FERNANDEZ PINTO KATHERINE
DICTAMINADOR**





DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida e iluminar mi camino.

A mi madre hermosa Fabiana, por su gran amor incondicional, apoyo incansable a lo largo de mi vida y por inculcarme el verdadero valor de las personas.

A mi padre Genaro, por confiar en mí y ser un ejemplo de superación, perseverancia y tenacidad.

A mi hermana Marisol, por su invaluable apoyo, paciencia y quien tiene mi absoluta confianza.

A mi compañero de vida Elvis, por su amor y palabras de aliento para continuar.

A mi pequeña Melania, quien es mi luz e impulso más grande para seguir adelante

Marilia

DEDICATORIA

A Dios por cuidarme e iluminar siempre mi camino.

A mis padres: Luz y Víctor, y a mi hermana Lu, ustedes son mi fortaleza, porque siempre creyeron en mí y nunca me dejaron sola.

A la familia que forme: Alan, Flor y Piero. Mi inspiración, mi motivo y sobre todo lo mejor de mí.

Evelyn



AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre con nosotras, porque gracias a él estamos cumpliendo una de nuestras más grandes metas.

A nuestras familias por todo su apoyo y comprensión porque en este arduo siempre nos apoyaron y nunca dejaron de alentarnos.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Católica de Santa María, donde nos formamos con muchos conocimientos y sobre todo con grandes valores.

A nuestro amado Hospital III Goyeneche, nuestra sede de internado, que forjó en nosotras grandes lecciones de vida, nos dio mucho conocimiento, amor al paciente y sobre todo nos hizo crecer como persona.

A Pamela, Fiorella, Julio y Uriel, el internado y la universidad no hubieran sido lo mismo sin ustedes, gracias por el apoyo y sobre todo por su amistad

RESUMEN

OBJETIVO: Relacionar los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud frente a la atención de pacientes COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa.

METODOS: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, observacional de corte transversal de asociación con dependencia. La población de estudio comprendió a 181 personal de salud que labora en área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa. Para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS: el 51.93% del personal de salud no presentaron depresión, seguido del 24.86% con depresión leve. El 46.96% no tuvieron ansiedad, seguido del 14.92% con ansiedad leve, el 13.81% tienen ansiedad moderada. El 17.13% del personal de salud que labora en Área COVID tuvieron estrés moderado, el 13.81% tienen estrés leve, el 8.29% presentan estrés severo, mientras que solo el 1.10% tienen estrés muy severo.

CONCLUSIONES: Según la prueba de chi cuadrado los niveles de depresión ansiedad y estrés presentaron relación estadística significativa ($P < 0.05$). En cuanto a la relación de la ansiedad, depresión y estrés con las características sociodemográficas no presentan relación excepto con la edad, la ocupación y la entrega de equipos de protección personal.

PALABRAS CLAVE: Depresión, ansiedad, estrés, COVID.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To relate the levels of depression, anxiety, and stress of health personnel to the care of COVID patients in the Hospitals of the Arequipa Region.

METHODS: A quantitative, observational cross-sectional investigation of association with dependence was carried out. The study population comprised 189 health personnel working in the COVID area of the Arequipa Region Hospitals. To determine the relationship between the variables, Pearson's chi-square test was used with a significance level of 5%.

RESULTS: 51.93% of health personnel did not present depression, followed by 24.86% with mild depression. 46.96% had no anxiety, followed by 14.92% with mild anxiety, 13.81% had moderate anxiety. The 17.13% of the health personnel working in the COVID Area had moderate stress, 13.81% have mild stress, and 8.29% have severe stress, while only 1.10% have very severe stress.

CONCLUSIONS: According to the chi square test, the levels of depression, anxiety and stress presented a statistically significant relationship ($P < 0.05$). Regarding the relationship of anxiety, depression and stress with sociodemographic characteristics, they are not related except with age, occupation and the provision of personal protective equipment.

KEY WORDS: Depression, anxiety, stress, COVID.

INTRODUCCIÓN

La pandemia actual de COVID-19, causada por el SARS-CoV-2, es un desafío sin precedentes para la humanidad. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China) (1).

El 11 de marzo del 2020 la OMS declara la pandemia del COVID-19, y desde ese día inicia la lucha incansable para detener a este virus que ha demostrado altos índices de transmisibilidad, lo que ha hecho más difícil de controlar su avance.

Tras más de un año de pandemia, la COVID 19 sigue causando estragos en el mundo y cada sector de la población se ha visto afectado de diferentes maneras: económicas, sociales y personales.

Perú es uno de los países con más casos reportados y se ha visto que nuestro sistema de salud ha colapsado muchas veces, sin embargo, a pesar de todo ello, el personal de salud sigue en pie de lucha, pese a todas las deficiencias del sistema de salud que manejamos y pese al daño en la salud física y mental que pueda estar causando el COVID 19 en ellos.

En pleno año 2021, ya contando con la vacuna contra este virus, el personal aún siente incertidumbre respecto a esta enfermedad, y por consiguiente trae consigo diferentes síntomas que poco a poco hacen mella tanto en su salud mental como física, desencadenando con ello diferentes trastornos mentales.

A pesar de contar con todos los equipos de protección y toda la precaución posible, tanto médicos como enfermeras y todo el personal comprometido que labora en diferentes establecimientos de salud, siguen expuestos a este temible virus, y más aún sus familiares, ya que, muchos de ellos cuentan con la vacuna, pero sus familias no en su gran mayoría; Por lo tanto, son vulnerables a desarrollar síntomas de depresión, ansiedad y estrés, comprometiendo así su salud global.

Con esta investigación queremos analizar qué síntomas aquejan a esta población respecto a niveles de ansiedad, depresión y estrés.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
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.....	6
3.1. Conceptos básicos.....	6
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	21
4. HIPÓTESIS.....	26
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	27
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	28
1.1. Técnicas:.....	28
1.2. Instrumentos:.....	28
1.3. Materiales de verificación:.....	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	28
2.1. Ámbito.....	28
2.2. Unidades de estudio.....	28

2.1.1.2. Criterios de Exclusión	29
2.3. Temporalidad	29
2.4. Ubicación espacial:	29
2.5. Tipo de investigación:	29
2.6. Nivel de investigación:	29
2.7. Diseño de investigación:	29
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.1. Organización	30
3.2. Recursos	30
3.3. Validación de los instrumentos	31
3.4. Criterios para manejo de resultados	31
CAPÍTULO III RESULTADOS	33
DISCUSION	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
ANEXO 2: TABLA SOCIODEMOGRAFICA	67
ANEXO 3: ESCALA DASS-21	68
ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS	69

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Características sociodemográficas del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa- 2021	34
Tabla N° 2 Características laborales del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa- 2021	36
Tabla N° 3 Niveles de depresión en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa	38
Tabla N° 4 Niveles de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa	40
Tabla N° 5 Niveles de estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa	42
Tabla N° 6 Relación entre los niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud que labora en área COVID	44
Tabla N° 7 Relación entre los niveles de depresión y estrés en el personal de salud que labora en área COVID	46
Tabla N° 8 Relación entre los niveles de ansiedad y estrés en el personal de salud que labora en área COVID	48
Tabla N° 9 Relación entre los niveles de depresión y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID.....	50
Tabla N° 10 Relación entre los niveles de ansiedad y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID.....	52
Tabla N° 11 Relación entre los niveles de ansiedad y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID.....	54

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA- 2021.....	35
Gráfico 2 CARACTERÍSTICAS LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA- 2021	37
Gráfico 3 NIVELES DE DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA	39
Gráfico 4 NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA	41
Gráfico 5 NIVELES DE ESTRÉS EN PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID DE DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN AREQUIPA	43
Gráfico 6 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID	45
Gráfico 7 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID	47
Gráfico 8 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN ÁREA COVID	49



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Establecer la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en Área COVID de dos hospitales de la Región Arequipa- 2021.

1.2. Enunciado del Problema

¿Existe alguna relación entre niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de Salud frente a laborar en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa – 2021?

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión, ansiedad y estrés

1.3.2. Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Factores Sociodemográficos	Edad	Años	De razón
	Sexo	Masculino	Cualitativa
		Femenino	Cualitativa
	Grupo Ocupacional	Soltero	Cualitativa
		Casado	Cualitativa
		Conviviente	Cualitativa
		Divorciado/separado	Cualitativa
Factores laborales	Grupo Ocupacional	Médico	Cualitativa
		Enfermera	Cualitativa
		Técnico de Enfermería	Cualitativa
	Lugar de trabajo	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	Cualitativa
		Hospital III Goyeneche	Cualitativa

	Área de trabajo	Emergencia	Cualitativa
		Hospitalización	Cualitativa
		UCI	Cualitativa
	Dx COVID anterior	Si	Cualitativa
		No	Cualitativa
	Dotación de EPPs	Insuficiente	Cualitativa
		Regular	Cualitativa
		Insuficiente	Cualitativa

VARIABLES DEPENDIENTES			
Ansiedad	Escala de depresión (DASS 21)	Según puntaje	Ordinal
Depresión	Escala de depresión (DASS 21)	Según puntaje	Ordinal
Estrés	Escala de depresión (DASS 21)	Según puntaje	Ordinal

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de depresión en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa?
- ¿Cuál es el nivel de estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa?
- ¿Cuál es la asociación entre depresión, ansiedad y estrés, y las características sociodemográficas y laborales en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa?

1.3.4. Tipo de investigación

Observacional de corte transversal

1.3.5. Nivel de investigación

Descriptivo

1.4. Justificación

- **Justificación científica:**

El presente trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento del desarrollo de trastornos mentales a los que está expuesto el personal de salud que labora en Área COVID de los diferentes hospitales de Arequipa.

- **Justificación social:**

El personal de salud es la primera línea de lucha contra el Sars Cov-2, y ellos no sólo deben contar con salud física, sino también con salud mental. Con esta investigación pretendemos dar a conocer a la población que el SARS Cov-2 no solo tiene afectación física, sino mental, y el personal de salud es que más se encuentra expuesto.

- **Justificación humana:**

Tanto el estado físico como mental del personal de salud es importante para que su desempeño, al atender a los pacientes, sea óptima y su calidad de vida no se vea afectada, ya que detrás de ellos hay una familia quienes también van a comprometerse indirectamente; por ello la necesidad de brindar mayor información a la población y, de esta manera, promover mayor conciencia sobre la salud mental a la que está sometida el personal de salud.

- **Justificación personal:**

Al ser ex-internas del hospital Goyeneche, y haber experimentado síntomas de ansiedad, depresión y estrés en algún momento de nuestra estancia, y a pesar de laborar en un área no COVID, es que nos inclinamos a indagar más sobre el impacto que tiene estar en un área sumamente peligrosa para el personal de salud sobre su salud mental. Por lo mencionado anteriormente es que proponemos la realización del presente estudio, de analizar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en Área COVID de estos dos Hospitales de la Región Arequipa 2021

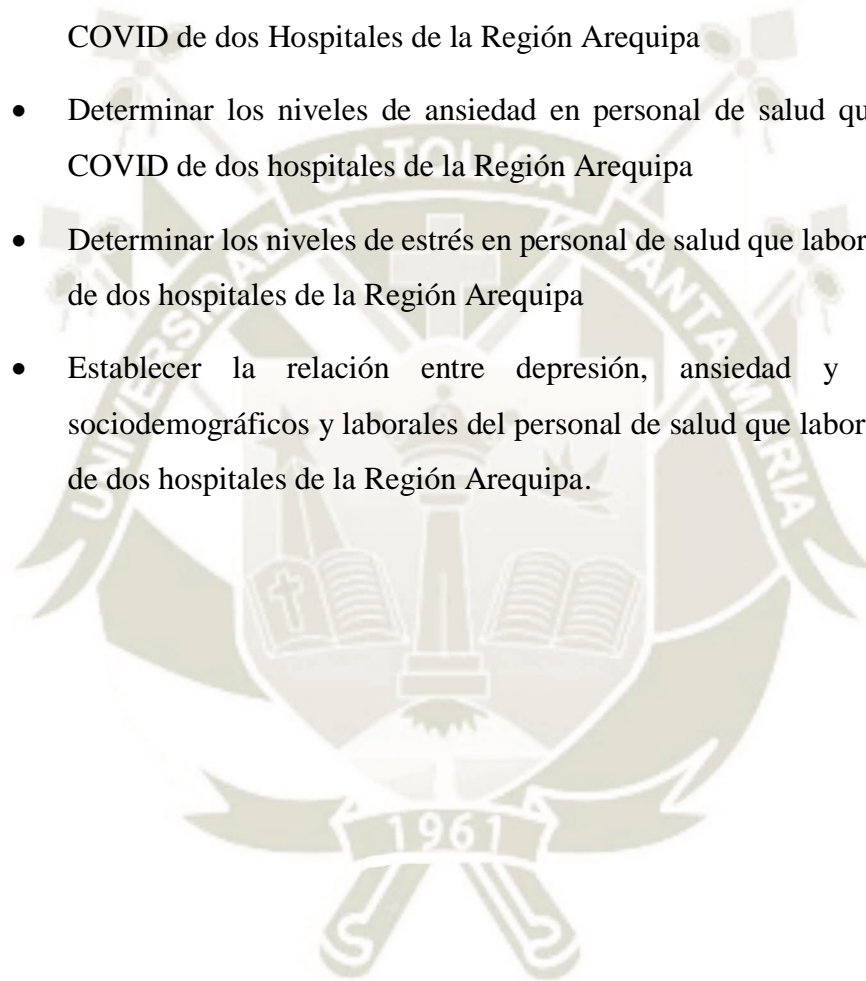
2. OBJETIVOS

2.1. General

Relacionar los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud frente a la atención de pacientes COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa.

2.2. Específicos

- Determinar los niveles de depresión en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa
- Determinar los niveles de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la Región Arequipa
- Determinar los niveles de estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la Región Arequipa
- Establecer la relación entre depresión, ansiedad y estrés y datos sociodemográficos y laborales del personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la Región Arequipa.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. COVID 19

3.1.1.1. Definición

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los coronavirus también conocidos por su abreviatura (CoV), son una gran familia de virus, que tienen diferentes padecimientos, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. El COVID-19 es la enfermedad causada por un coronavirus llamado síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 conocido como SARS-CoV-2, a menudo es mortal y ha alcanzado una escala pandémica en todo el mundo en 2020 y parte del 2021” (1,2).

“El SARS-CoV-2 es un virus de ARN monocatenario de sentido positivo cuyo genoma está compuesto por 29.903 nucleótidos. El genoma codifica el proteoma viral, compuesto por cuatro glicoproteínas estructurales principales de superficie, a saber, pico (S), matriz (M) y envoltura (E) y la nucleoproteína (N), así como 16 proteínas no estructurales (NSP)” (3).

“La proteína S es responsable de la unión del virus a los receptores de la célula huésped, a saber, la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2). La glicoproteína M, que a través de interacciones con otras proteínas estructurales le da al virus su estructura física, interactúa con la proteína S para retener el virus en el retículo endoplásmico (ER) -complejo de Golgi, donde los nuevos viriones se ensamblan y posteriormente se excretan a través de vesículas secretoras. La nucleoproteína o proteína N interactúa directamente con el ARN viral y con las proteínas de la membrana, como la proteína M, y forma la nucleocápside, que proporciona estabilidad al genoma viral dentro de la envoltura. También permite la replicación viral” (2).

3.1.1.2. Fisiopatología:

“Habitualmente, se produce la unión viral al receptor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)-2, y éste se propaga ampliamente por el epitelio respiratorio y gastrointestinal, y también por la superficie de las células endoteliales. La extensión al sistema nervioso central se ha vinculado

con el aumento de la edad, la alta carga viral, la inmunidad deprimida, tratamiento con glucocorticosteroides, los antecedentes de infección viral neurotrófica en el pasado y el aumento de la hospitalización” (4).

3.1.1.3. Causas:

“Actualmente, nuestro conocimiento sobre el origen animal del SARS-CoV-2 sigue siendo incompleto en gran parte, los huéspedes reservorios del virus no se han probado claramente; Se desconoce si el SARS-CoV-2 se transmitió a los seres humanos a través de un huésped intermedio y qué animales pueden actuar como su huésped intermedio. La detección de coronavirus RaTG13, RmYN02 y pangolín implica que diversos coronavirus similares al SARS-CoV-2 están circulando en la vida silvestre; Además, como estudios previos mostraron la recombinación como el origen potencial de algunos sarbecovirus como el SARS-CoV, no se puede excluir que la recombinación de ARN viral entre diferentes coronavirus relacionados esté involucrada en la evolución del SARS-CoV-2” (5).

3.1.1.4. Clínica y epidemiología:

“Se manifiesta como síntomas leves de insuficiencia respiratoria grave. Al unirse a las células epiteliales en el tracto respiratorio, el SARS-CoV-2 comienza a replicarse y migrar hacia las vías respiratorias y entra en las células epiteliales alveolares de los pulmones. La rápida replicación del SARS-CoV-2 en los pulmones puede desencadenar una fuerte respuesta inmunitaria. El síndrome de tormenta de citocinas causa síndrome de dificultad respiratoria aguda e insuficiencia respiratoria, que se considera la principal causa de muerte en pacientes con COVID-19. Parece que todas las edades de la población son susceptibles a la infección por SARS-CoV-2, y la edad media de infección es de alrededor de 50 años. Sin embargo, las manifestaciones clínicas difieren con la edad. En general, los hombres mayores (> 60 años) con comorbilidades tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad respiratoria grave que requiera hospitalización o incluso morir, mientras que la mayoría de los jóvenes y niños solo tienen enfermedades leves (no neumonía o neumonía leve) o son asintomático. En particular, el riesgo de enfermedad no fue mayor para las mujeres embarazadas. Sin embargo, se reportó evidencia de transmisión

transplacentaria del SARS-CoV-2 de una madre infectada a un recién nacido, aunque fue un caso aislado. En caso de infección, los síntomas más comunes son fiebre, fatiga y tos seca. Los síntomas menos comunes incluyen producción de esputo, dolor de cabeza, hemoptisis, diarrea, anorexia, dolor de garganta, dolor en el pecho, escalofríos y náuseas y vómitos en estudios de pacientes en China. Los pacientes italianos también notificaron trastornos del gusto y del olfato autoinformados. La mayoría de las personas mostraron signos de enfermedades después de un período de incubación de 1 a 14 días (más comúnmente alrededor de 5 días), y la disnea y la neumonía se desarrollaron dentro de un tiempo medio de 8 días desde el inicio de la enfermedad” (5,6,7).

3.1.1.5. Diagnóstico:

“Un diagnóstico adecuado de COVID-19 se realiza en base a los siguientes criterios, que se han sugerido recientemente en base a las investigaciones iniciales: (a) signos y síntomas clínicos, (b) antecedentes de viajes o contacto cercano con personas sospechosas de estar infectadas, (c) resultado positivo de la prueba para el patógeno, y (d) hallazgos patológicos en las imágenes de TC. Se ha sugerido que la detección rápida de pacientes con síntomas respiratorios agudos, el inicio de un programa de cuarentena apropiado y el desarrollo de medidas terapéuticas son una estrategia de máxima prioridad para controlar la propagación de COVID-19. Según los datos recopilados por la vigilancia a nivel individual, se recomienda encarecidamente que los pacientes de edad avanzada y varones sean diagnosticados de manera oportuna, ya que la progresión de la patología respiratoria a neumonía podría dar lugar a resultados catastróficos” (8).

3.1.1.6. Tratamiento:

“Sin acceso a la información necesaria sobre la estructura y el ciclo de vida del nuevo Coronavirus, los programas de investigación y desarrollo sobre agentes terapéuticos se convierten en un hito inverosímil, lo que convierte a las medidas de prevención primaria probadas y verdaderas en el único medio adecuado para enfrentar el SARS-CoV. -2. Hasta la fecha, se han considerado pocos fármacos existentes para el tratamiento de COVID - 19, con escasos informes sobre la benevolencia de los resultados. A medida que avanza

nuestro escaso conocimiento del SARS - CoV - 2, se puede especular sobre el advenimiento de una vacuna eficaz, junto con opciones de tratamiento que podrían incluir agentes antivirales e incluso anticuerpos monoclonales” (8).

3.1.2. SALUD MENTAL

3.1.2.1. Definición:

“La importancia de la salud mental ha sido reconocida por la OMS desde su origen y se refleja en la definición de salud de la Constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental” (9).

“Ante esta situación crítica, los profesionales de la salud directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19 desarrollan la inserción de espacios psíquicos para la instalación del dolor y sufrimiento psicológico y otros síntomas de salud mental. El creciente número de casos confirmados y sospechosos, la abrumadora carga de trabajo, el agotamiento del equipo de protección personal, la amplia cobertura de los medios, la falta de medicamentos específicos y los sentimientos de apoyo inadecuado pueden contribuir a la carga mental de estos profesionales de la salud” (10,11).

3.1.2.2. Epidemiología:

“Un estudio realizado en trabajadores de la salud de Sudáfrica mostró que las personas con alto riesgo de infectarse (e.g., primera línea de atención) y que a su vez presentó mayor temor a enfermarse o las personas que residieron a corta distancia de los centros de atención para la COVID-19, tuvieron mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos” (12).

“Según estudios previos, sugieren que esta población posee mayor riesgo de presentar problemas de salud mental durante un brote infeccioso” (11).

3.1.3. DEPRESIÓN

3.1.3.1. Definición

Según el DSM V, “define a la depresión como la presencia de tener ánimo triste, vacío o irritable, que se acompaña de cambios somáticos y cognitivos, afectando la capacidad funcional de la persona” (13).

De acuerdo con la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente, donde se evidencia la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, también se puede añadir trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y concentración disminuida” (14).

Causas:

“Según la OMS quienes han atravesado circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumas psicológicos) son más propensos a sufrir depresión. A su vez, ésta puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de quien lo padece. Es por esto, que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales” (15).

Incluyen:

“A. Factores genéticos: La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción

genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo” (16,17).

B. Alteraciones de neurotransmisores:

- **“Serotonina:** ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. Es producida a partir del triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El triptófano debe competir con otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina” (16,18).
- **“Noradrenalina:** El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar” (16,18).

3.1.3.2. Clasificación

- a) **La depresión severa:** “Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.”
- b) **La distimia:** “Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona” (19).
- c) **El trastorno bipolar:** “También se le llama enfermedad maníaco – depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, caracterizándose 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” (20).

3.1.3.3. Epidemiología:

“Existe una prevalencia variable de acuerdo con la edad, sujetos que se encuentran entre los 18 y 29 años tienen una mayor prevalencia de hasta tres veces más que las personas de 60 o más años. Las tasas que presentan las mujeres pueden llegar a ser 1.5-3 veces mayores que la de los hombres” (13).

“El riesgo de experimentar un trastorno depresivo mayor (TDM) es de aproximadamente 5% y tanto en mujeres como en hombres, la edad de inicio de la depresión cada vez se presenta a una menor edad, lo que se ha evidenciado en el aumento de hospitalizaciones de adolescentes” (21).

“En Perú, la prevalencia de los síntomas depresivos oscila entre el 14% en las zonas urbanas y el 12,5% en las zonas rurales” (22).

3.1.3.4. Manifestaciones clínicas y diagnóstico:

Contamos como base diagnóstica al DSM V, que nos presenta los siguientes criterios:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de tiempo de dos semanas y se evidencia un cambio del funcionamiento anterior; y siendo al menos uno de los síntomas la depresión del estado de ánimo o la pérdida de interés o placer.

No se debe considerar aquellos síntomas atribuibles a otras condiciones médicas.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi diariamente.
2. Disminución considerable de interés y/o placer por las actividades casi o en su totalidad, durante la mayor parte del día, casi diariamente.
3. Pérdida notable de peso sin realizar algún tipo de dieta o aumento del mismo, o disminución o aumento del apetito casi diariamente.
4. Insomnio o hipersomnias casi diariamente.
5. Agitación o retraso psicomotor casi diariamente.
6. Fatiga o pérdida de energía casi diariamente.
7. Sentimiento de ineptitud o culpabilidad excesiva o inapropiada casi diariamente.
8. Disminución de la capacidad para pensar o lograr concentrarse, o para tomar decisiones, casi diariamente.
9. Pensamientos de muerte persistentes, ideas suicidas persistentes sin un plan establecido, intento de suicidio o un plan definido para concretarlo.

B. Los síntomas ocasionan malestar clínicamente importante o deterioro en el enfoque social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no puede ser asumido debido a los efectos que una sustancia causa fisiológicamente o a otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. Nunca se presentó un episodio maníaco o hipomaníaco” (13).

3.1.3.5. Tratamiento

“El objetivo del tratamiento inicial para la depresión es la remisión de los síntomas y la restauración del funcionamiento inicial. El uso de farmacoterapia y psicoterapia, farmacoterapia o psicoterapia solas para la depresión mayor unipolar es coherente con las guías de práctica de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) del Reino Unido” (23).

3.1.4. ANSIEDAD

3.1.4.1. Definición:

“Según el DSM V son los trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (13).

“Se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, causa angustia o deterioro significativo y ocurre en más días durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos de ansiedad, como aprensión e irritabilidad, y síntomas somáticos de ansiedad, como aumento de la fatiga y tensión muscular” (24).

“Aunque los síntomas físicos y emocionales de la ansiedad son similares al "miedo", se diferencia del miedo en que no es una respuesta a un peligro manifiesto, pero más bien inminente. Tanto el miedo como la ansiedad son respuestas adaptativas normales a un entorno potencialmente peligroso. Se observa una mayor incidencia en familiares de primer grado, encontrándose una relación con una variante polimórfica del gen transportador de serotonina o la expresión del gen del centro cerebral del miedo, que codifica la estamina” (25).

3.1.4.2. Epidemiología:

“Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1)” (13).

“Es uno de los trastornos más prevalentes en la población de EE. UU. Casi una quinta parte de los adultos informan un historial de por vida de uno de los principales trastornos de ansiedad y 1 de cada 10 padece un trastorno de ansiedad actual” (25).

3.1.4.3. Causas:

“Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están implicadas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico” (26). “El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, ya que juega un papel tranquilizante” (27).

Se debe considerar:

“**A Factores biológicos:** importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad (TA). La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social” (26).

“**B Factores psicosociales:** Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) actúan como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación.”

“**C Factores traumáticos:** (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad” (26, 28).

“**D Factores psicodinámicos:** La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde el interior en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas

defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.”

“E Factores cognitivos y conductuales: Se considera que los patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) anteceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración de la amenaza de los estímulos y una infravaloración de los potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás” (26).

“Estudios demuestran que las personas que trabajan en el área de salud o en un hospital en las diferentes áreas experimentan una enorme presión ante la exposición y el riesgo de un posible contagio, el aislamiento, el incremento de la demanda de trabajo, la frustración, el cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes, que expresan emociones negativas” (29).

3.1.4.4. Manifestaciones clínicas

“El paciente ansioso tiene una diversidad de síntomas, tanto cognitivos como físicos. La ansiedad puede tener diversas manifestaciones físicas. El más común es se da en el sistema autónomo, que incluye síntomas como dolor de cabeza, sudoración, palpitaciones, opresión en el pecho y malestar estomacal leve. También puede producir síntomas motores, como inquietud, indicada por la incapacidad para sentarse o permanecer quieto durante mucho tiempo” (25).

3.1.4.5. Diagnóstico

“La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V nos da los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo
2. Se fatiga con facilidad
3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteración del sueño

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental” (13).

3.1.4.6. Tratamiento

“Los tratamientos eficaces incluyen intervenciones como la terapia cognitivo-conductual y la relajación aplicada, y medicamentos que incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina” (24).

“Con tratamiento, la mayoría de los pacientes muestran una mejora dramática en sus síntomas de ansiedad” (25).

3.1.5. ESTRÉS:

3.1.5.1. Definición

“El término estrés se ha utilizado para aplicar a una amplia gama de eventos ambientales que afectan a una persona, así como a las reacciones del individuo ante un evento estresante de la vida. El término se usa a menudo para referirse tanto al factor estresante como a todo el proceso, incluido el estímulo (factor estresante) y la respuesta (por ejemplo, angustia, respuesta de afrontamiento)” (30).

“El trastorno de estrés agudo (TEA) se caracteriza por reacciones de estrés agudo que pueden ocurrir en el mes inicial después de que una persona se expone a un evento traumático (amenaza de muerte, lesión grave o violación sexual). El trastorno incluye síntomas de intrusión, disociación, estado de ánimo negativo, evitación y excitación. No se sabe por qué algunas personas desarrollan un trastorno de estrés agudo (TEA) después de un evento traumático. Tampoco se comprende completamente por qué algunas personas con TEA desarrollan un trastorno de estrés postraumático posterior (TEPT) y otras no” (31).

“Cuando se introdujo inicialmente el TEA, estuvo muy influenciado por la propuesta de que los síntomas disociativos (es decir, alteración de la conciencia, la memoria, la identidad o la conciencia del cuerpo, el yo o el entorno) en respuesta al trauma son un factor fundamental en las respuestas desadaptativas al trauma” (32).

3.1.5.2. Epidemiología

“La prevalencia puntual después de la exposición a un trauma se ha estimado entre el 5 y el 20 por ciento, según la naturaleza y la gravedad del trauma y el instrumento utilizado para identificar el trastorno” (13,31).

3.1.5.3. Causas

“En primer lugar, se encuentran los agentes estresantes que proceden de circunstancias externas como del ambiente, la familia, el trabajo, el estudio, entre otras. En segundo lugar, está el estrés producido por la persona misma,

es decir, por sus propias características de personalidad y por su manera personal de enfrentar y solucionar los problemas” (33).

“Por otra parte, los factores que producen estrés no siempre son conocidos, pueden ser ignorados, subestimados, inconscientes y manifiestos exclusivamente después de un diálogo o un análisis. Su origen es frecuentemente inconsciente y va de la mano con antiguos traumatismos físicos o psicoafectivos. Los trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y la consecuencia de circunstancias causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia. La frustración, estar atento constantemente de un asunto, el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación y de sentido de la vida son otras causas del origen inconsciente de una tensión psicológica permanente” (34).

3.1.5.4. Clasificación

Se puede clasificar según sean sus efectos en el individuo.

- “Eustrés o estrés positivo: aquel que aparece en situaciones donde la persona logra una estimulación adecuada para realizar su actividad con resultados satisfactorios, en armonía con sus capacidades fisiológicas y psicológicas, es decir, adecuándose a la demanda. Como ejemplos podemos citar una buena noticia familiar, un éxito laboral, etc”
- “Distrés o estrés negativo: es aquel que se pone de manifiesto en aquellas situaciones donde la demanda y la presión son excesivas para el individuo, el cual se siente sin recursos, y cuyas respuestas ante la situación han sido insuficientes o desmedidas, ya sean en el plano físico o psíquico” (35).

3.1.5.5. Diagnóstico

“Para el TEA según la APA el DMS-V podemos encontrar los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Exposición a una muerte real o amenazada, lesión grave o violación sexual.
- B. Presencia de nueve o más de los siguientes síntomas de cualquiera de las categorías: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y

excitación, que puede empezar o empeorar después de ocurridos los hechos eventos traumáticos.

- Síntomas de Intrusión:
 - Recurrente, involuntario, y las memorias angustiosas intrusivas del evento traumático.
 - Sueños angustiantes recurrentes relacionados con el evento.
 - Reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si el evento traumático fuera recurrente.
 - Angustia psicológica intensa o prolongada, o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales ya sean internas o externas que se asemejan a un aspecto del evento traumático.
- Estado de ánimo negativo:
 - Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.
- Síntomas disociativos:
 - Un sentido alterado de la realidad del entorno o de uno mismo.
 - Síntomas de evitación:
 - Realizar esfuerzos para evitar recuerdos angustiosos, pensamientos o sentimientos asociados con el evento traumático.
 - Realizar esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos angustiosos, pensamientos o sentimientos asociados con el evento traumático.
 - Síntomas de evitación:
 - Trastornos del sueño.
 - Irritabilidad.
 - Hipervigilancia.
 - Problemas para concentrarse.
 - Exagerada repuesta de sobresalto.

C. La duración de la alteración es de tres días a un mes después de la exposición del trauma.

D. La alteración provoca angustia o un deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La perturbación no se puede atribuir a efectos fisiológicos provocados por una sustancia o por alguna otra patología”.

Al retrasar el diagnóstico de tres días hasta una semana podremos identificar mejor a los pacientes que podrán ser tratados eficazmente y que posteriormente corren más riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (13).

3.1.5.6. Tratamiento:

“Se sugiere terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma como tratamiento de primera línea para pacientes con trastorno de estrés agudo (TEA) en lugar de otras psicoterapias o medicamentos. No hay ensayos clínicos que comparen la TCC centrada en el trauma con otras intervenciones con eficacia en el tratamiento del TEA o la prevención del trastorno por estrés postraumático (TEPT). La TCC centrada en el trauma es el tratamiento más estudiado para los TEA con la evidencia más extensa de eficacia. Sobre Manejo de Trastorno por Estrés Agudo refiere que los medicamentos que se han probado para tratar los síntomas TEA y / o para prevenir TEPT incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros antidepresivos, benzodiacepinas, propranolol, morfina, hidrocortisona y ácido docosahexaenoico” (36).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local:

Autor: Yaime Condori Arias

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

Resumen: Es un estudio que busca determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en diferentes hospitales de la región Arequipa. Utilizaron como instrumento encuestas virtuales a médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19. 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. Encontraron síntomas de depresión en un 56,7% de médicos, síntomas de ansiedad en un 35,7%, y síntomas de insomnio

en un 31,9%. Presentaron asociación el ser mujer, el tener alguna enfermedad crónica, la presencia de algún colega infectado, el manejar pacientes infectados, el tener un familiar infectado, vecino, o coresidente infectado. Concluyeron que existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (37).

3.2.2. A nivel nacional:

Autor: Luis Enrique Vásquez Elera

Título: Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020

Resumen: Es un estudio que se realizó para determinar la incidencia y la relación entre ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia que laboraron durante el año 2020, en plena pandemia de COVID 19. Usaron como instrumento la escala de Hamilton para depresión y la escala de Hock para evaluar el estrés laboral. Con una población de 45 participantes entre médicos, personal de enfermería y técnicos de enfermería, se halló una incidencia de 68.9% de ansiedad, 53.5% de depresión, y 44.4 de estrés laboral. “No se halló asociación estadísticamente significativa entre las variables de ansiedad, depresión y estrés laboral, ni tampoco entre las variables ansiedad con las dimensiones de depresión y estrés laboral, ni tampoco entre la depresión y las dimensiones de ansiedad y estrés laboral, pero sí entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad” (38).

3.2.3. A nivel Internacional

Autor: Rümeysa Yen Elibay, Ayşe Kurtulmuş, Selim Arpacioğlu, Emrah Karadere

Título: Niveles de depresión, ansiedad y estrés en médicos y factores asociados a la pandemia de COVID 19.

Resumen: El objetivo del estudio es investigar los niveles de ansiedad, estrés y depresión de los médicos durante el brote de COVID-19 y explorar los factores asociados tanto en el ámbito clínico como general. Se realizó una encuesta virtual a 442 participantes para evaluar las respuestas psicológicas de los trabajadores de la salud y los factores relacionados durante el brote de COVID-19. usando una encuesta para datos sociodemográficos, información sobre las

condiciones laborales y la Escala DASS-21 para síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En los resultados 286 tenían síntomas de depresión, 224 de ansiedad y 182 de estrés. Ser mujer, joven y soltera, tener menos experiencia laboral, trabajar en primera línea se asociaron con puntuaciones más altas, mientras que tener un hijo se asoció con puntuaciones más bajas en cada subescala. Los factores que se encontraron asociados con puntajes totales más altos de DAS-21 en los trabajadores de primera línea fueron los siguientes: aumento de las horas de trabajo semanales, mayor número de pacientes con COVID-19 atendidos, menor nivel de apoyo y supervisores, menor apoyo logístico y menos competencia durante las tareas relacionadas con COVID-19 (39).

Autor: Wang, C., Chudzicka-Czupala, A., Tee, M.L., Núñez, M.I.L., Tripp, C., Fardin, M.A., Habib, H.A., Tran, B.X.

Título: Un modelo de mediación en cadena sobre los síntomas de COVID-19 y las consecuencias en la salud mental de estadounidenses, asiáticos y europeos.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo probar el modelo desencadenado por síntomas físicos similares a la infección por COVID-19, en el que la necesidad de información de salud y el impacto percibido de la pandemia mediaron el camino secuencialmente, lo que condujo a resultados adversos de salud mental. Se utilizó un diseño de investigación transversal que involucró a 4612 participantes de 8 países participantes. Las encuestas fueron virtuales y trataron sobre síntomas físicos, la necesidad de información de salud, el cuestionario Impact of Event Scale-Revised (IES-R) y la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Los resultados mostraron que Polonia y Filipinas fueron los dos países con los niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés; por el contrario, Vietnam tuvo las puntuaciones medias más bajas en estas áreas. El *modelo* de mediación en cadena mostró la necesidad de información de salud, y el impacto percibido de la pandemia fueron mediadores secuenciales entre los síntomas físicos que se asemejan a la infección por COVID-19 (predictor) y el estado de salud mental consecuente (resultado) (40).

Autor: Chowdhury, S.R.aEmail Author, Sunna, T.C.a, Das, D.C.a, Kabir, H.a, Hossain, A.a,b, Mahmud, S.c, Ahmed, S.

Título: Mental health symptoms among the nurses of Bangladesh during the COVID-19 pandemic

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las enfermeras de Bangladesh, así como la relación entre los factores ocupacionales y los síntomas de salud mental. Realizamos un estudio transversal entre enfermeras Se usó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) y la Escala de Impacto de Eventos-Revisada (IES-R) para evaluar los síntomas de salud mental. Entre las 547 enfermeras incluidas en el estudio, la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés de leve a extremadamente grave fue de 50,5%, 51,8% y 41,7%, respectivamente, y el 61,9% de los encuestados informó un impacto psicológico de leve a grave para COVID -19. Los síntomas psicológicos fueron más prevalentes entre las enfermeras que entre los enfermeros. Tener equipo de protección personal (EPP) completo durante el trabajo se asoció significativamente con niveles más bajos de depresión, ansiedad y estrés (41).

Autor: Khademian, F., Delavari, S., Koohjani, Z., Khademian, Z.

Título: An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo determinar el estrés, la ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID 19 en Irán. Se utilizó una encuesta virtual como instrumentos, usando la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Como resultados se obtuvieron que, un 36.6% experimentaron un nivel normal de estrés, un 57.9% de ansiedad y un 47.9% de depresión. Un 2,5% presentaron un nivel de estrés extremadamente severo y de ansiedad y depresión un 6,3 y 7,9%, respectivamente. Se encontró una relación con el nivel de estrés con el sexo femenino, vivir con un familiar de alto riesgo, estado de salud, situación económica, capital social, riesgo de enfermedad y las noticias sobre COVID-19. Se encontró relación con el nivel de ansiedad con el hecho de vivir con un familiar de alto riesgo, estado de salud, capital social, riesgo de enfermedad, y las noticias sobre COVID-19. El nivel de depresión se relacionó

con el nivel educativo, vivir con un familiar de alto riesgo, estado de salud, capital social, riesgo de enfermedad y seguimiento de noticias COVID-19. Se concluyó que la mayoría de los factores relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés están relacionados con el COVID-19 (42).

Autor: Li-chen Jiang,¹ Ya-jun Yan,¹ Zhi-Shuai Jin,¹ Mu-Li Hu,² Ling Wang,² Yu Song,³ Na-Ni Li,⁴ Jun Su,⁴ Da-Xing Wu,^{1,*} and Tao Xiao²

Título: The Depression Anxiety Stress Scale-21 in Chinese Hospital Workers: Reliability, Latent Structure, and Measurement Invariance Across Genders

Resumen: “El estudio tuvo una muestra de 1.532 trabajadores de hospitales chinos. Los valores α de Cronbach fueron superiores a 0,90 para la puntuación total. Este estudio examinó cuatro posibles modelos del DASS-21 utilizando el análisis factorial confirmatorio (CFA) en trabajadores de hospitales chinos. Los resultados de CFA revelaron que la estructura latente del DASS-21 en el personal médico está mejor representada por un modelo de un factor. Se concluyó la invariancia de género del DASS-21 entre los trabajadores de hospitales chinos” (43).

4. HIPÓTESIS

Dado que la exposición al COVID-19, la sobrecarga laboral y recursos humanos escasos pueden deteriorar la salud mental, es probable que trabajar en un lugar sumamente expuesto a este virus, se relacione proporcionalmente a niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud.





**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

Para nuestra investigación se empleó: encuestas físicas y virtuales.

1.2. Instrumentos:

- Para los datos sociodemográficos empleamos un formulario de preguntas.
- Para la valoración de los niveles de depresión, ansiedad y estrés se utilizó la escala DASS-21.
- Consentimiento informado.

1.3. Materiales de verificación:

- Escala de Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)
- Encuestas virtuales y físicas.
- Laptop que cuenta con la instalación de un software para el procesamiento de datos, texto y programas de procesamiento estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital III Goyeneche.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Universo:

- Personal de salud que labora en área Covid del HRHDE, en el cual se consideró a médicos, licenciados en enfermería y personal técnico de enfermería.
- Personal de salud que labora en área Covid del Hospital III Goyeneche, en el cual se consideró a médicos, licenciados en enfermería y personal técnico de enfermería.

2.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Personal de salud que labore en área COVID incluyéndose a médicos, licenciados de enfermería, y personal técnico de enfermería.
- Personal de salud que labore en área COVID que haya aceptado

participar voluntariamente en el estudio, previo consentimiento informado.

- Personal de salud que labore en área COVID que haya llenado la encuesta completa.

2.1.1.2. Criterios de Exclusión

- Personal de salud que labore en área COVID que no acepte participar del estudio.
- Personal que labore en área COVID que tenga diagnóstico de alguna patología psiquiátrica.
- Persona de salud que labore en área COVID que se encuentre en periodo de gestación.
- Personal de salud que labore en área COVID que no llene correctamente la encuesta

2.2.2. Tamaño de la muestra:

El total del personal de salud que cumplieron con los criterios de selección fueron: 181 participantes

2.3. Temporalidad

El estudio se realizó en el periodo de mayo-2021

2.4. Ubicación espacial:

El estudio se realizó mediante encuestas físicas y virtuales a personal de salud que labora en área COVID 19 del Hospital Regional Honorio Delgado y del Hospital III Goyeneche.

2.5. Tipo de investigación:

De campo, no experimental

2.6. Nivel de investigación:

Descriptivo

2.7. Diseño de investigación:

Observacional, de corte transversal

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se hizo uso de plataformas virtuales, redes sociales para contactar a personal de salud que trabaja en área COVID del HRHDE y del Hospital III Goyeneche. Adicional a esto se acudió al HRHDE con el permiso correspondiente y se distribuyó las encuestas físicas, en las diferentes áreas durante horas laborables.
- Se les invitó a participar de la investigación a 258 trabajadores de ambos hospitales.
- Se les explicó sobre la investigación y el consentimiento informado, posterior a eso se les pidió resolver el cuestionario.
- Posteriormente se eligió a los participantes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, para clasificarlos y proceder a llenar la matriz de datos en Excel.
- Finalmente, se procesó la información en el paquete estadístico Spss v.25

3.1.1. Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María. Se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos (36).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

3.2.1.1. Investigadoras:

Evelyn Diana Morán Nina

Marilia Estefanía Rosas Gutiérrez

3.2.1.2. Asesora:

Dra. Maribel Chuquipalla Zamalloa

3.2.2. Materiales

- Escala de Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)
- Encuestas virtuales y físicas.
- Laptop con software para el procesamiento de datos, y programas de

procesamiento estadístico

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Se utilizará las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Dass-21) validada por Polo Martinez para estudiantes universitarios de Chimbote en el año 2017, donde la dimensión Depresión obtuvo un puntaje alfa de .844, así mismo la escala de dimensión de Ansiedad obtuvo un puntaje alfa .831, al igual que la dimensión de Estrés que obtuvo un puntaje alfa .831 y la Escala total obtuvo un puntaje alfa .933 (44),

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la plataforma GoogleForms a través de un enlace (<https://forms.gle/u7i74WeA7qeVHHpK9>) que se distribuyó a través de redes sociales.

3.4.2. Plan de Procesamiento de datos

Se registró datos sociodemográficos y datos sobre síntomas de depresión, ansiedad y estrés de acuerdo a la escala DASS-21, y se procedió a llenar en la matriz de datos para su análisis estadístico.

3.4.3. Plan de Clasificación de datos

Se diseñó una matriz de datos con el programa Excel 2019, donde se incluyeron todos los datos obtenidos (tanto sociodemográficos como datos de la escala DASS-21) de todos los participantes para poder clasificarlos.

3.4.4. Plan de Codificación de datos

Se realizó la codificación de datos de acuerdo con los indicadores establecidos para la investigación.

3.4.5. Plan de Recuento de datos

El recuento de datos se realizó en base a la matriz de datos diseñada previamente.

3.4.6. Plan de análisis

Se realizó el procesamiento de datos en la matriz diseñada en el programa Microsoft Office Excel 2019, posteriormente se utilizó el paquete estadístico Spss v. 25 para el análisis de datos correspondiente. Se usaron cuadros de frecuencias y porcentajes para describir las variables categóricas. Además, se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado para establecer la asociación entre variables de estudio.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla N° 1

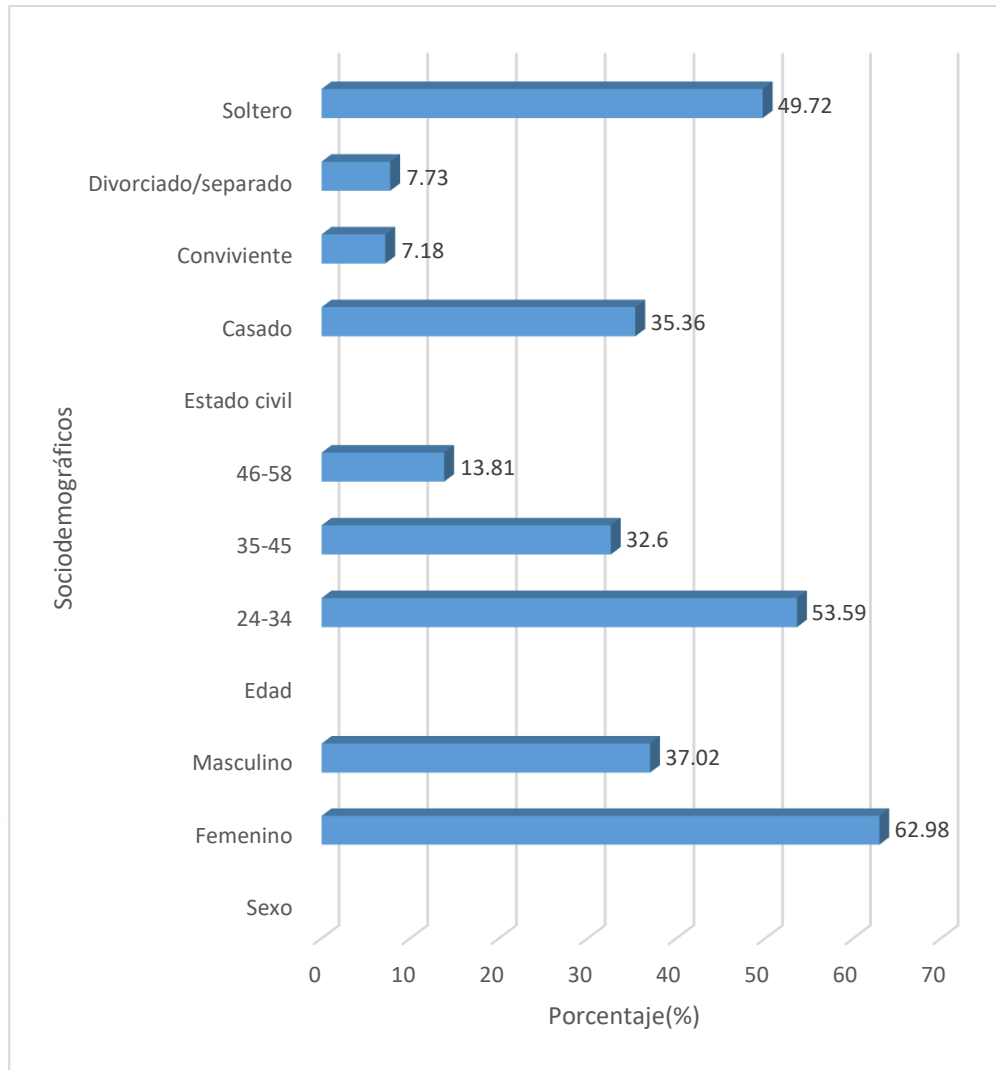
**Características sociodemográficas del personal de salud que labora en Área COVID
de dos Hospitales de la Región Arequipa- 2021**

Sociodemográficos	N°.	%
Sexo		
Femenino	114	62,98
Masculino	67	37,02
Edad		
24-34	97	53,59
35-45	59	32,60
46-58	25	13,81
Estado civil		
Casado	64	35,36
Conviviente	13	7,18
Divorciado/separado	14	7,73
Soltero	90	49,72
TOTAL	181	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 62.98% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa son de sexo femenino, seguido del 53.59% del personal entre 24 a 34 años, mientras que el 49.72% son solteros, el 35.36% son casados, y el 7.73% y 7.18% son divorciados y convivientes respectivamente.

Gráfico 1
Características sociodemográficas del personal de salud que labora en Área COVID
de dos Hospitales de la Región Arequipa- 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 2

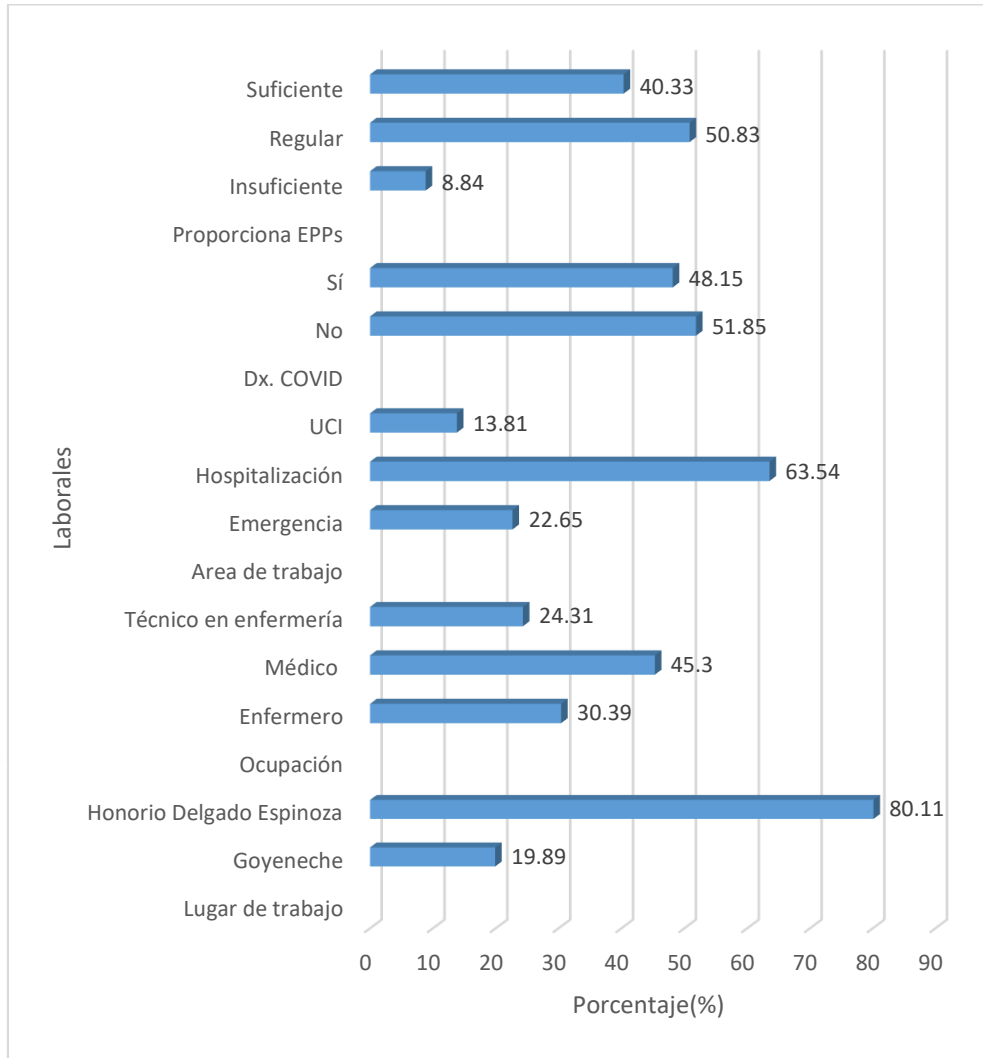
**Características laborales del personal de salud que labora en Área COVID de dos
Hospitales de la Región Arequipa- 2021**

C. Laborales	N°.	%
Lugar de trabajo		
Goyeneche	36	19,89
Honorio Delgado Espinoza	145	80,11
Ocupación		
Enfermero	55	30,39
Médico	82	45,30
Técnico en enfermería	44	24,31
Area de trabajo		
Emergencia	41	22,65
Hospitalización	115	63,54
UCI	25	13,81
Dx. COVID		
No	95	51,85
Sí	86	48,15
Proporciona EPPs		
Insuficiente	16	8,84
Regular	92	50,83
Suficiente	73	40,33
TOTAL	181	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que el 80.11% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa trabajan en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, el 45.30% son médicos, el 63.54% trabajan en el área de hospitalización, el 48.15% del personal tuvieron COVID, mientras que el 50.83% indicaron que en su centro de labores les proporcionan regularmente los EPPs.

Gráfico 2
Características laborales del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa- 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 3

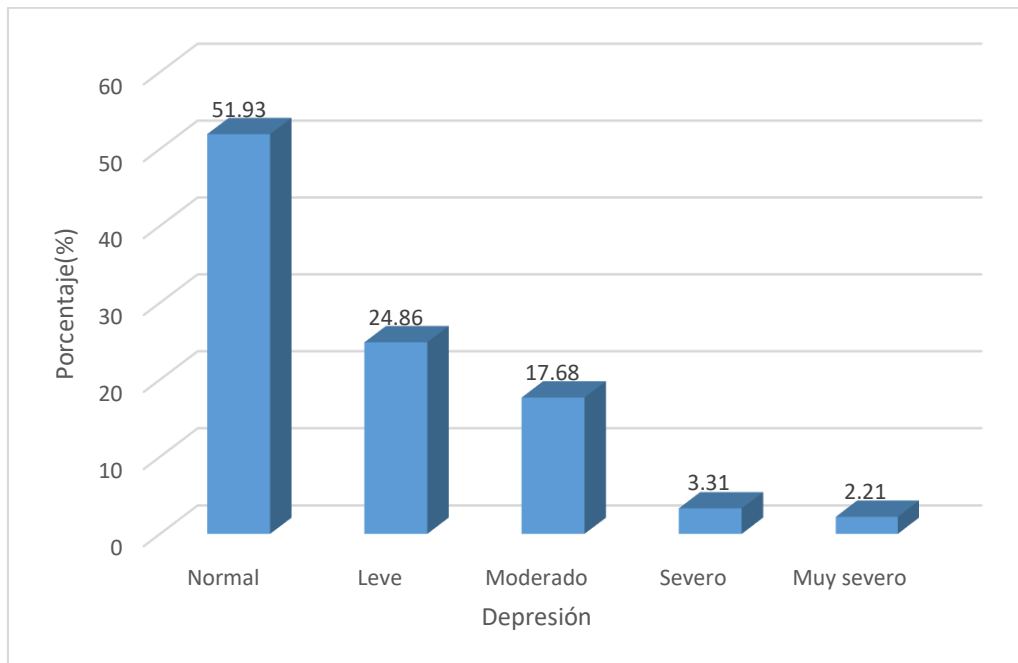
**Niveles de depresión en personal de salud que labora en área COVID de dos
Hospitales de la Región Arequipa**

Depresión	N°.	%
Normal	94	51,93
Leve	45	24,86
Moderado	32	17,68
Severo	6	3,31
Muy severo	4	2,21
TOTAL	181	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 3 muestra que el 51.93% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa no presentan depresión, seguido del 24.86% con depresión leve, el 17.68% tienen depresión moderada, mientras que el 3.31% y el 2.21% presentan depresión severa y muy severa respectivamente.

Gráfico 3
Niveles de depresión en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa



Fuente: Elaboración Propia.



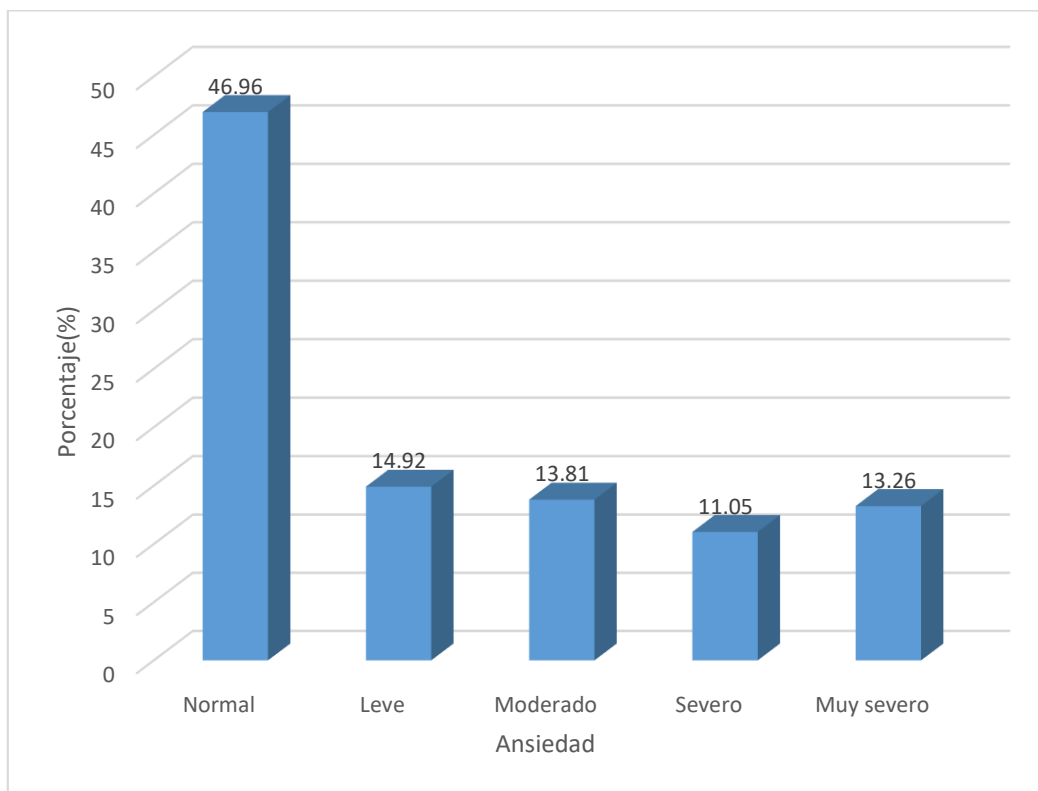
Tabla N° 4**Niveles de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID de dos
Hospitales de la Región Arequipa**

Ansiedad	N°.	%
Normal	85	46,96
Leve	27	14,92
Moderado	25	13,81
Severo	20	11,05
Muy severo	24	13,26
TOTAL	181	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que el 46.96% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa no presentan ansiedad, seguido del 14.92% con ansiedad leve, el 13.81% tienen ansiedad moderada, el 13.26% del personal con ansiedad muy severa, mientras que solo el 11.05% tienen ansiedad severa.

Gráfico 4
Niveles de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 5

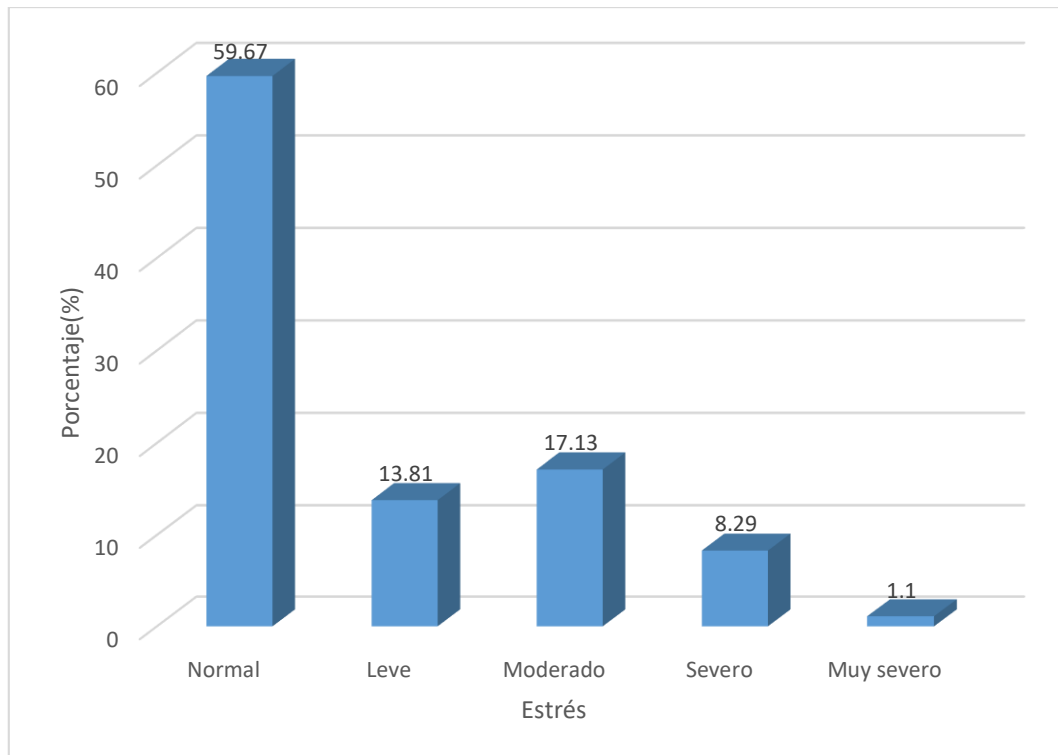
**Niveles de estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales
de la Región Arequipa**

Estrés	N°.	%
Normal	108	59,67
Leve	25	13,81
Moderado	31	17,13
Severo	15	8,29
Muy severo	2	1,10
TOTAL	181	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 muestra que el 59.67% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa no presentan estrés, seguido del 17.13% con estrés moderado, el 13.81% tienen estrés leve, el 8.29% presentan estrés severo, mientras que solo el 1.10% tienen estrés muy severo.

Gráfico 5
Niveles de estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 6

Relación entre los niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud que labora en área COVID

Ansiedad	Depresión										TOTAL	
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Normal	80	44,20	3	1,66	2	1,10	0	0,00	0	0,00	85	46,96
Leve	13	7,18	13	7,18	0	0,00	0	0,00	1	0,55	27	14,92
Moderado	1	0,55	16	8,84	7	3,87	1	0,55	0	0,00	25	13,81
Severo	0	0,00	11	6,08	9	4,97	0	0,00	0	0,00	20	11,05
Muy severo	0	0,00	2	1,10	14	7,73	5	2,76	3	1,66	24	13,26
TOTAL	94	51,93	45	24,86	32	17,68	6	3,31	4	2,21	181	100

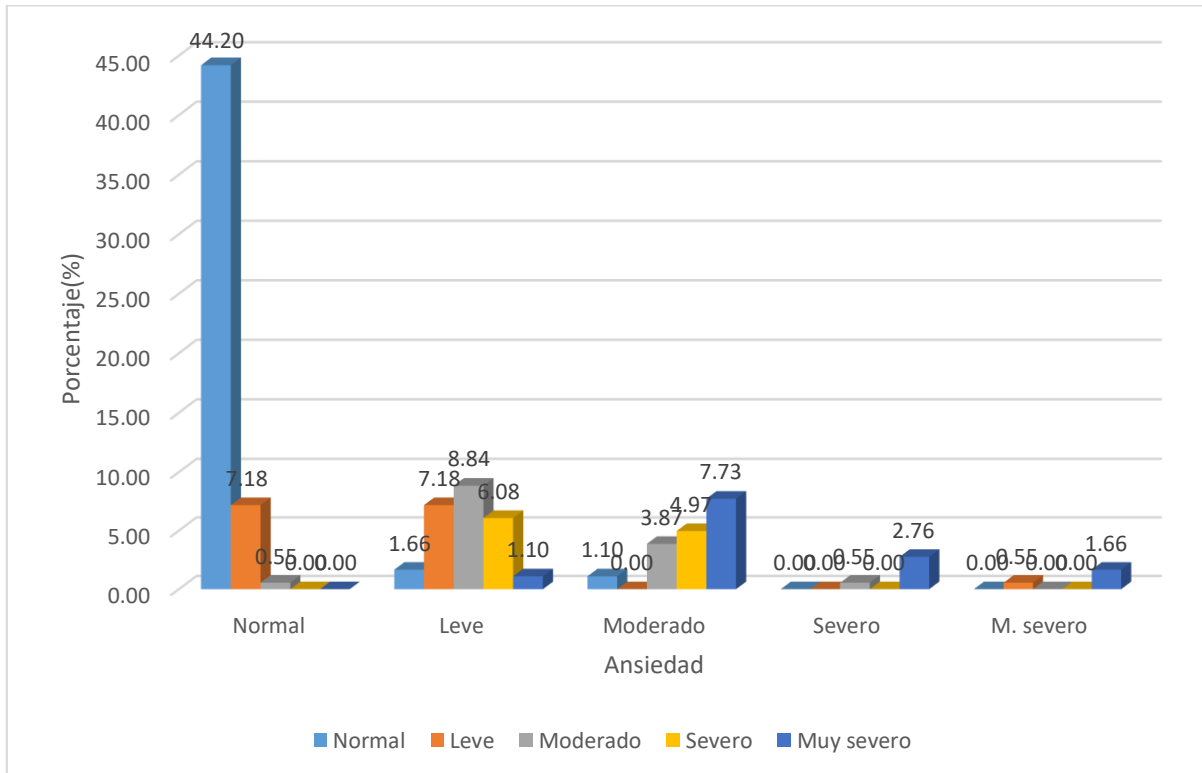
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=199.63 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=199.63$) muestra que los niveles de depresión y ansiedad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 44.20% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa que no presentan depresión tampoco tienen ansiedad, mientras que el 8.84% del personal con depresión leve tienen ansiedad moderada.

Gráfico 6
Relación entre los niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud que labora en área COVID



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 7

**Relación entre los niveles de depresión y estrés en el personal de salud que labora en
área COVID**

Estrés	Depresión										TOTAL	
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Normal	83	45,86	17	9,39	8	4,42	0	0,00	0	0,00	108	59,67
Leve	5	2,76	13	7,18	6	3,31	1	0,55	0	0,00	25	13,81
Moderado	6	3,31	13	7,18	9	4,97	0	0,00	3	1,66	31	17,13
Severo	0	0,00	2	1,10	8	4,42	4	2,21	1	0,55	15	8,29
Muy severo	0	0,00	0	0,00	1	0,55	1	0,55	0	0,00	2	1,10
TOTAL	94	51,93	45	24,86	32	17,68	6	3,31	4	2,21	181	100

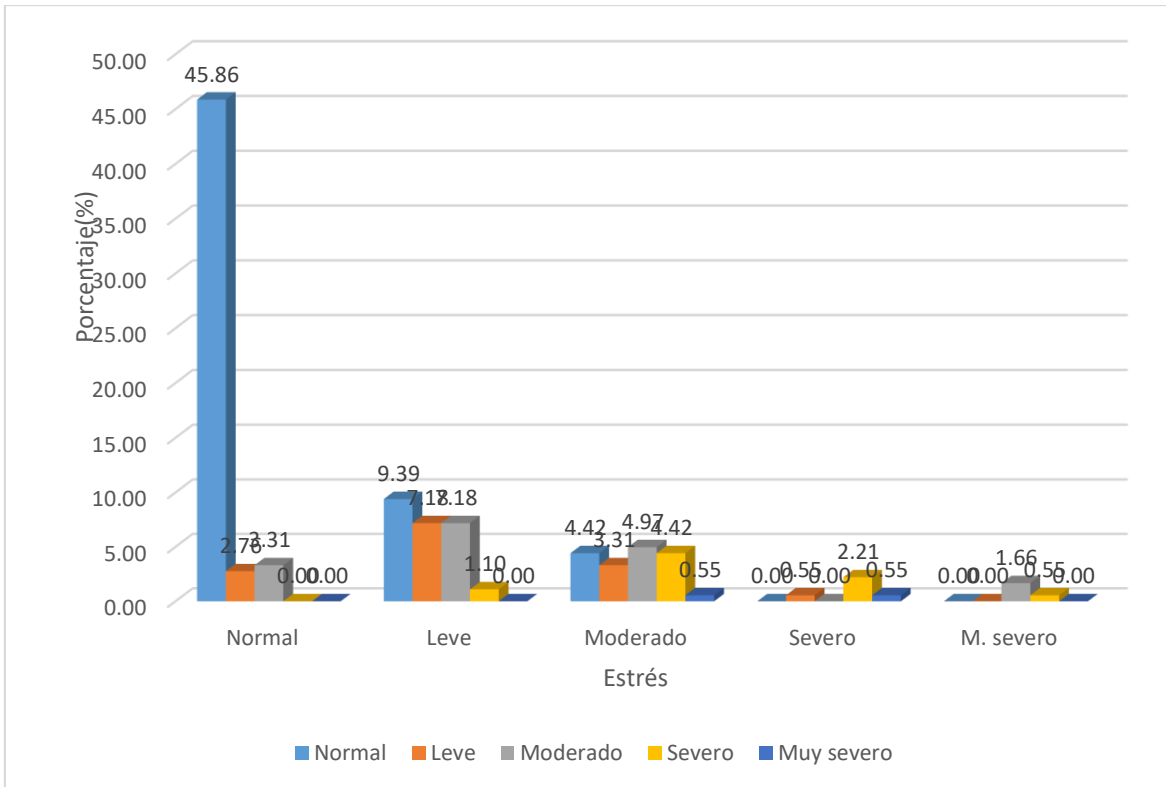
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=124.79 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=124.79$) muestra que los niveles de depresión y estrés presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 45.86% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa que no presentan depresión tampoco tienen estrés, mientras que el 4.97% del personal con depresión moderada tienen estrés moderado.

Gráfico 7
Relación entre los niveles de depresión y estrés en el personal de salud que labora en área COVID



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 8

Relación entre los niveles de ansiedad y estrés en el personal de salud que labora en área COVID

Estrés	Ansiedad										TOTAL	
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Normal	79	43,65	16	8,84	7	3,87	5	2,76	1	0,55	108	59,67
Leve	5	2,76	3	1,66	9	4,97	5	2,76	3	1,66	25	13,81
Moderado	1	0,55	7	3,87	4	2,21	10	5,52	9	4,97	31	17,13
Severo	0	0,00	1	0,55	5	2,76	0	0,00	9	4,97	15	8,29
Muy severo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,10	2	1,10
TOTAL	85	46,96	27	14,92	25	13,81	20	11,05	24	13,26	181	100

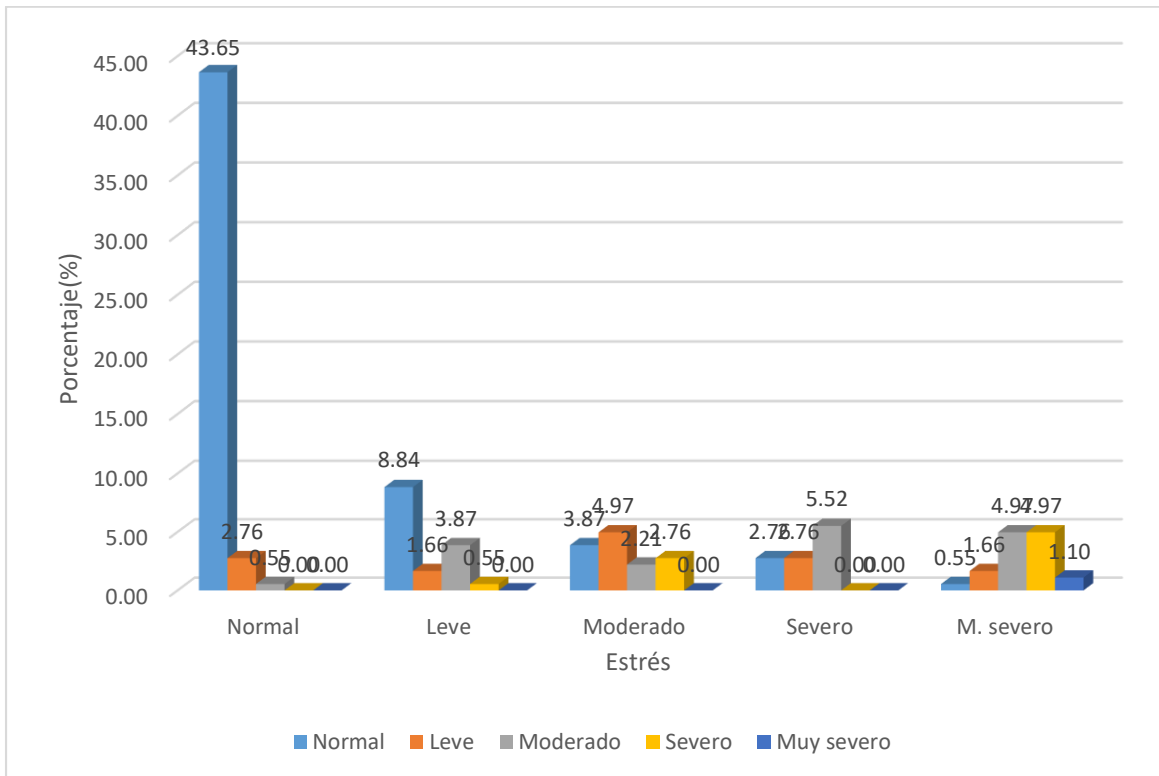
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=134.78 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=134.78$) muestra que los niveles de ansiedad y estrés presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 43.65% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa que no presentan ansiedad tampoco tienen estrés, mientras que el 5.52% del personal con ansiedad severa tienen estrés moderado.

Gráfico 8
Relación entre los niveles de ansiedad y estrés en el personal de salud que labora en área COVID



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 9

Relación entre los niveles de depresión y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID

Sociodemográficos	Depresión										X ² / P
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Sexo											
Femenino	57	31,49	28	15,47	24	13,26	3	1,66	2	1,10	2.93
Masculino	37	20,44	17	9,39	8	4,42	3	1,66	2	1,10	P=0.56
Edad											
24-34	40	22,10	31	17,13	22	12,15	2	1,10	2	1,10	15.80
35-45	41	22,65	9	4,97	5	2,76	3	1,66	1	0,55	P=0.04
46-58	13	7,18	5	2,76	5	2,76	1	0,55	1	0,55	
Estado civil											
Casado	35	19,34	15	8,29	9	4,97	3	1,66	2	1,10	
Conviviente	4	2,21	2	1,10	7	3,87	0	0,00	0	0,00	16.24
Divorciado	7	3,87	3	1,66	4	2,21	0	0,00	0	0,00	P=0.18
Soltero	48	26,52	25	13,81	12	6,63	3	1,66	2	1,10	
Ocupación											
Enfermero	36	19,89	15	8,29	1	0,55	2	1,10	1	0,55	24.90
Medico	39	21,55	24	13,26	14	7,73	3	1,66	2	1,10	P=0.00
Técnico	19	10,50	6	3,31	17	9,39	1	0,55	1	0,55	
Área de trabajo											
Emergencia	23	12,71	8	4,42	7	3,87	2	1,10	1	0,55	4.30
Hospitalización	58	32,04	28	15,47	22	12,15	4	2,21	3	1,66	P=0.82
UCI	13	7,18	9	4,97	3	1,66	0	0,00	0	0,00	
Dx. COVID											
No	52	28,73	22	12,15	18	9,94	2	1,10	1	0,55	2.81
Sí	42	23,20	23	12,71	14	7,73	4	2,21	3	1,66	P=0.59
EPPs											
Insuficiente	4	2,21	5	2,76	6	3,31	1	0,55	0	0,00	14.89
Regular	48	26,52	18	9,94	20	11,05	4	2,21	2	1,10	P=0.06
Suficiente	42	23,20	22	12,15	6	3,31	1	0,55	2	1,10	
TOTAL	94	51,93	45	24,86	32	17,86	6	3,31	4	2,21	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con la edad y la ocupación.

Asimismo se observa que el 17.13% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa con depresión moderada son técnicos de enfermería, el

1.59% del personal con depresión leve tienen entre 24 a 34 años, mientras que el 1.10% del personal con depresión muy severa son médicos.



Tabla N° 10

Relación entre los niveles de ansiedad y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID

Sociodemográficos	Ansiedad										X ² / P
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Sexo											
Femenino	49	27,07	15	8,29	20	11,05	13	7,18	17	9,39	5.45
Masculino	36	19,89	12	6,63	5	2,76	7	3,87	7	3,87	P=0.24
Edad											
24-34	39	21,55	13	7,18	18	9,94	13	7,18	14	7,73	13.32
35-45	37	20,44	8	4,42	5	2,76	3	1,66	6	3,31	P=0.10
46-58	9	4,97	6	3,31	2	1,10	4	2,21	4	2,21	
Estado civil											
Casado	31	17,13	12	6,63	7	3,87	5	2,76	9	4,97	
Conviviente	4	2,21	2	1,10	4	2,21	1	0,55	2	1,10	10.73
Divorciado	5	2,76	2	1,10	1	0,55	4	2,21	2	1,10	P=0.55
Soltero	45	24,86	11	6,08	13	7,18	10	5,52	11	6,08	
Ocupación											
Enfermero	30	16,57	9	4,97	6	3,31	4	2,21	6	3,31	12.10
Medico	35	19,34	17	9,39	12	6,63	9	4,97	9	4,97	P=0.14
Técnico	20	11,05	1	,55	7	3,87	7	3,87	9	4,97	
Área de trabajo											
Emergencia	23	12,71	5	2,76	5	2,76	2	1,10	6	3,31	3.98
Hospitalización	50	27,62	19	10,50	17	9,39	14	7,73	15	8,29	P=0.85
UCI	12	6,63	3	1,66	3	1,66	4	2,21	3	1,66	
Dx. COVID											
No	48	26,52	14	7,73	13	7,18	10	5,52	10	5,52	1.72
Sí	37	20,44	13	7,18	12	6,63	10	5,52	14	7,73	P=0.78
EPPs											
Insuficiente	4	2,21	1	0,55	3	1,66	6	3,31	2	1,10	16.99
Regular	41	22,65	14	7,73	14	7,73	8	4,42	15	8,29	P=0.03
Suficiente	40	22,10	12	6,63	8	4,42	6	3,31	7	3,87	
TOTAL	85	46,96	27	14,92	25	13,81	20	11,05	24	13,26	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de ansiedad y la entrega de EPPs presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$). Asimismo se observa que el 7.73% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa con ansiedad consideran que su centro de labores les entrega EPPs de manera regular; mientras que el 3.31% del personal con ansiedad severa consideran que la entrega de EPPs es insuficiente.



Tabla N° 11

Relación entre los niveles de estrés y factores sociodemográficos del personal de salud que labora en área COVID

Sociodemográficos	Estrés										X ² / P
	Normal		Leve		Moderado		Severo		M. severo		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Sexo											
Femenino	69	38,12	13	7,18	20	11,05	10	5,52	2	1,10	2.62
Masculino	39	21,55	12	6,63	11	6,08	5	2,76	0	0,00	P=0.62
Edad											
24-34	55	30,39	14	7,73	17	9,39	9	4,97	2	1,10	4.42
35-45	39	21,55	7	3,87	8	4,42	5	2,76	0	0,00	P=0.81
46-58	14	7,73	4	2,21	6	3,31	1	0,55	0	0,00	
Estado civil											
Casado	35	19,34	9	4,97	11	6,08	9	4,97	0	0,00	
Conviviente	7	3,87	0	0,00	3	1,66	2	1,10	1	0,55	17.18
Divorciado	9	4,97	1	0,55	4	2,21	0	0,00	0	0,00	P=0.14
Soltero	57	31,49	15	8,29	13	7,18	4	2,21	1	0,55	
Ocupación											
Enfermero	39	21,55	7	3,87	6	3,31	2	1,10	1	0,55	9.10
Medico	44	24,31	14	7,73	15	8,29	9	4,97	0	0,00	P=0.33
Técnico	25	13,81	4	2,21	10	5,52	4	2,21	1	0,55	
Área de trabajo											
Emergencia	22	12,15	6	3,31	8	4,42	3	1,66	2	1,10	9.37
Hospitalización	73	40,33	16	8,84	17	9,39	9	4,97	0	0,00	P=0.31
UCI	13	7,18	3	1,66	6	3,31	3	1,66	0	0,00	
Dx. COVID											
No	60	33,15	16	8,84	14	7,73	5	2,76	0	0,00	6.82
Sí	48	26,52	9	4,97	17	9,39	10	5,52	2	1,10	P=0.14
EPPs											
Insuficiente	7	3,87	6	3,31	2	1,10	1	0,55	0	0,00	10.41
Regular	53	29,28	11	6,08	17	9,39	10	5,52	1	0,55	P=0.23
Suficiente	48	26,52	8	4,42	12	6,63	4	2,21	1	0,55	
 TOTAL	108	59,67	25	13,81	31	17,13	15	8,29	2	1,10	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de estrés y las características sociodemográficas no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Así mismo se observa que el 9.39% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa con estrés moderado tienen entre 24-34 años, el 0.55% del personal con estrés muy severo son convivientes, el 4.97% de los médicos tienen estrés severo, mientras que el 9.39% del personal de salud con estrés moderado han tenido COVID



DISCUSION

El presente estudio se realizó con el objetivo de relacionar los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud frente a la atención de pacientes COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores (36).

Con respecto a características sociodemográficas el 62.98% del personal de salud que labora en Área COVID de dos Hospitales de la Región Arequipa son de sexo femenino, seguido del 53.59% del personal entre 24 a 34 años, mientras que el 49.72% son solteros, el 35.36% son casados, y el 7.73% y 7.18% son divorciados y convivientes respectivamente. Con respecto a las características laborales el 79.01% del personal de salud trabajan en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, el 45.30% son médicos, el 63.54% trabajan en el área de hospitalización, el 48.15% del personal tuvieron COVID, mientras que el 50.83% indicaron que en su centro de labores les proporcionan regularmente los EPPs.

El 51.93% del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa no presentan depresión, seguido del 24.86% con depresión leve, el 17.68% tienen depresión moderada, mientras que el 3.31% y el 2.215% presentan depresión severa y muy severa respectivamente. Estos resultados no coinciden con Yaime Condori Arias quien en una investigación similar concluyó que un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas (36).

El 46.96% del personal de salud no presentan ansiedad, seguido del 14.92% con ansiedad leve, el 13.81% tienen ansiedad moderada, el 13.26% del personal con ansiedad muy severa, mientras que solo el 11.05% tienen ansiedad severa. No hubo coincidencias con Rümeysa Yeni Elbay et. Al, quienes concluyeron que el 64,7% tenían síntomas de depresión, 224 (51,6%) ansiedad y 182 (41,2%) estrés (39).

El 59.67% del personal de salud que labora en Área COVID no presentan estrés, seguido del 17.13% con estrés moderado, el 13.81% tienen estrés leve, el 8.29% presentan estrés severo, mientras que solo el 1.10% tienen estrés muy severo. Estos resultados no coinciden con Saifur Rahman Chowdhury et. al. quienes llegaron a la conclusión que entre las 547 enfermeras incluidas en el estudio, la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés de leve a extremadamente grave fue de 50,5%, 51,8% y 41,7%, respectivamente, y el 61,9% de los encuestados informó un impacto psicológico de leve a grave para COVID. -19 (41).

Los niveles de depresión, ansiedad y estrés presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$). El 44.20% del personal de que no presentan depresión tampoco tienen ansiedad, mientras que el 8.84% del personal con depresión leve tienen ansiedad moderada. El 45.86% del personal de salud que no presentan depresión tampoco tienen estrés, mientras que el 4.97% del personal con depresión moderada tienen estrés moderado. Resultados similares los obtuvieron Fatemeh Khademian et. al. quienes demostraron que la mayoría de los participantes habían experimentado un nivel normal de estrés (36,6%), ansiedad (57,9%) y depresión (47,9%). Aproximadamente el 2,5% de los encuestados informan de un nivel de estrés extremadamente severo. Esta cantidad de ansiedad y depresión fue del 6,3 y 7,9%, respectivamente (42).

Los niveles de depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con la edad y la ocupación. Los niveles de ansiedad y la entrega de EPPs presentan relación estadística significativa. Los niveles de estrés y las características sociodemográficas no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$). Chowdhury et. al. concluyeron que tener equipo de protección personal (EPP) completo durante el trabajo se asoció significativamente con niveles más bajos de depresión, ansiedad y estrés ($p < 0.05$). Enfrentar cualquier abuso emocional en la situación de la pandemia COVID-19 se asoció significativamente con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés y un mayor impacto psicológico del brote ($p < 0.05$) (41).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Poco más de la mitad del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa no presentan depresión, seguido del 24.86% con depresión leve, el 17.68% tienen depresión moderada, mientras que el 3.31% y el 2.21% presentan depresión severa y muy severa respectivamente.

SEGUNDA: Casi la mitad del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa no presentan ansiedad, seguido del 14.92% con ansiedad leve, el 13.81% tienen ansiedad moderada, el 13.26% del personal con ansiedad muy severa, mientras que solo el 11.05% tienen ansiedad severa.

TERCERA: Más de la mitad del personal de salud que labora en Área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa no presentan estrés, seguido del 17.13% con estrés moderado, el 13.81% tienen estrés leve, el 8.29% presentan estrés severo, mientras que solo el 1.10% tienen estrés muy severo.

CUARTA: Los niveles de depresión, ansiedad y estrés presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$).

QUINTA: Los niveles de depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con la edad, la ocupación. Respecto a los niveles de ansiedad se concluye que presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con la entrega de EPPs. Los niveles de estrés y las características sociodemográficas no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Implementar estrategias y programas de prevención como seguimiento constante para detectar tempranamente o controlar los trastornos psiquiátricos que se puedan presentar en los trabajadores de salud.
- SEGUNDA:** Manejar los casos de patología mental en forma conjunta y multidisciplinaria para poder tener un mejor control y seguimiento individualizado.
- TERCERA:** Por parte de las instituciones hospitalarias, ofrecer áreas de trabajo adecuadas con material suficiente y abastecer de personal para que la carga laboral no sobrepase las capacidades de los profesionales, los cuales se han visto afectados por la pandemia actual.
- CUARTA:** Por parte de las autoridades, incrementar el presupuesto en la esfera de la salud mental de sus trabajadores.
- QUINTA:** Al ser el instrumento usado en este estudio una herramienta de apoyo, mas no de diagnóstico, se recomienda participar activamente en la búsqueda de trastornos mentales en forma individualizada.
- SEXTA:** Realizar más estudios con una mayor población en la región y a nivel nacional, para poder conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el personal de salud que en estos momentos se encuentra luchando contra la pandemia por COVID 19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Marian AJ Estado actual del desarrollo de vacunas y terapias dirigidas para COVID-19: impacto de los descubrimientos de la ciencia básica. *Patología cardiovascular: la revista oficial de la Sociedad de Patología Cardiovascular*, 2021;50, 107278. <https://doi.org/10.1016/j.carpath.2020.107278>
3. Bartlam, M., Yang, H. y Rao, Z. Conocimientos estructurales sobre las proteínas del coronavirus del SARS. *Opinión actual en biología estructural*, 2005;15 (6), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.sbi.2005.10.004>
4. Singhal, Tanu. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The indian journal of pediatrics*, 2020, vol. 87, no 4, p. 281-286.
5. Hu, B., Guo, H., Zhou, P. y Shi, ZL Características de SARS-CoV-2 y COVID-19. *Reseñas de la naturaleza. Microbiología*, 2021;19 (3), 141-154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
6. Wu, Z., & McGoogan, J. M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 2020;323(13), 1239-1242.
7. Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Zhang, L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 2020;395(10223), 507-513
8. Sheervalilou, R., Shirvaliloo, M., Dadashzadeh, N., Shirvalilou, S., Shahraki, O., Pilehvar-Soltanahmadi, Y., Ghaznavi, H., Khoei, S. y Nazarlou, Z. COVID-19 bajo la lupa: Una mirada de cerca al origen, transmisión, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad 2019-nCoV. *Revista de fisiología celular*, 2020;235 (12), 8873–8924. <https://doi.org/10.1002/jcp.29735>
9. Asociación americana de psiquiatría. Programa de acción para superar las brechas en salud Mental.(en línea) 2008.(accesado 24 abril 2013). Disponible en.

https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

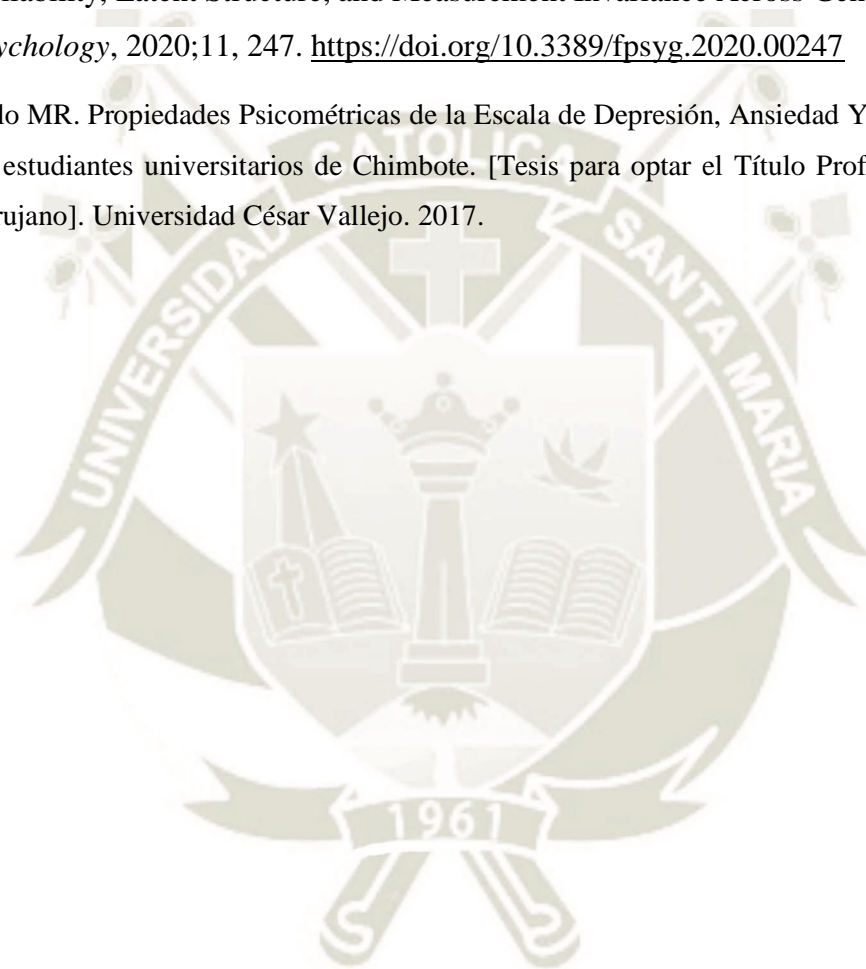
10. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924–32.
11. Neto, M., Almeida, HG, Esmeraldo, JD, Nobre, CB, Pinheiro, WR, de Oliveira, C., Sousa, I., Lima, O., Lima, N., Moreira, MM, Lima, C., Júnior, JG y da Silva, C. Cuando los profesionales de la salud miran a la muerte a los ojos: la salud mental de los profesionales que enfrentan a diario el brote de coronavirus de 2019. *Investigación en psiquiatría*, 2020;288, 112972. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112972>
12. Arnulfo Martínez CÁ. Salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19: una revisión. *Innovare: Revista de ciencia y tecnología*, 2021, vol. 10, no 1, p. 37-43.
13. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). 2016. Editorial Médica Panamericana.
14. Organización Mundial de la salud OMS | Depresión. 2017 [cited 2021 May 12]; Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es>
15. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
16. Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*; 2006;49 (2).
17. Baldwin, D., y Birtwistle, J. *An Atlas of Depression*. Southampton UK. The Parthenon Publishing group. 2002.
18. Blows, W. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine. *J Neurosci Nursing*; 2000;32: 234-238
19. National Institute of Mental Health. Depression Basics. Natl Institutes Heal [Internet]. 2016;6. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/19-mh-8079-depressionbasics_140843.pdf
20. Instituto Nacional de Salud Mental. Trastorno Bipolar [Internet]. U. S. Department of Health and Human Services. 2015 [cited 2020 Jun 27]. p. 1. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

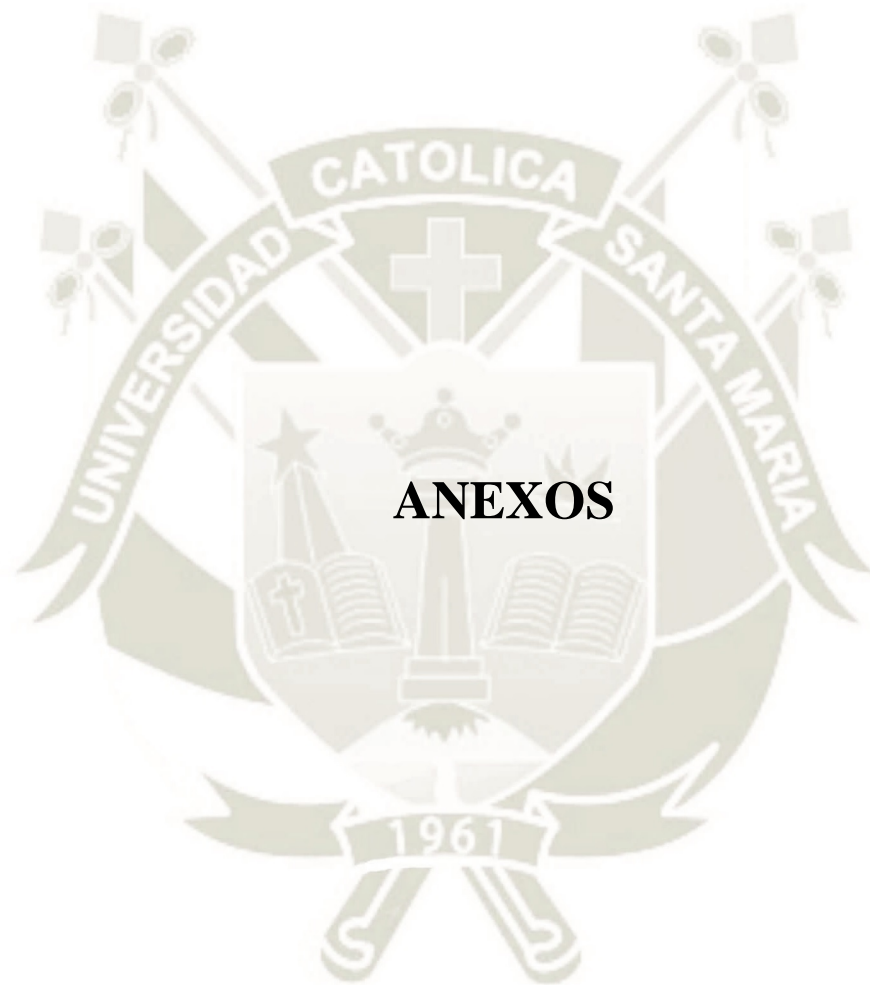
21. Lam RW. Depression. 3a ed. Londres, Inglaterra: Oxford University Press; 2018.
22. Villarreal-Zegarra D. Tendencias de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú [Internet]. Ipops.pe. [cited 2021 May 12]. Available from: http://ipops.pe/inicio/depresion_en_peru/
23. John Rush A. Uptodate [Internet]. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. 2020 [citado el 4 de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?csi=86cf061f-8a0f-455c-b840-a79c07e68c3c&source=contentShare>
24. Baldwin D. Uptodate [Internet]. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/contributors>
25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2016
26. Reyes, J. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. 2010. [en línea]. Disponible en: www.bvs.hn.es
27. Ylla, L. () Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional; 2009.7. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/algunos-aspectos-psicodinamicos-de-lostrastornos-de-ansiedad/>
28. Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., y Mira, A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. 2012. [en línea]. Disponible en: www.san.gva.es
29. Huarcaya, J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 2020;37. Doi:10.17843/rpmesp.2020.372.5419
30. Bryant PhD, R. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. *Uptodate*. 2019. <https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?csi=7b334791-d4ff-4fcc-9533-51d8a1d33b39&source=contentShare>

31. Keller, Steven E., et al. Stress, depression, immunity, and health. *Psychoneuroimmunology: Stress, mental disorders, and health*, 2000, p. 1-25.
32. Spiegel D, Koopmen C, Cardena C, Classen C. Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In: *Handbook of Dissociation*, Michelson LK, Ray WJ (Eds), Plenum Press, New York 1996. p.367
33. Naranjo, M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*; 2009;33 (2): pp. 171-190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
34. Bensabat, S. *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero. 1987.
35. Díaz Hernández A. Repercusión del estrés percibido y del estrés laboral en los factores de riesgo cardiovascular y en la respuesta inmunitaria mediada por inmunoglobulinas en población laboral. 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]
36. Bryant R. UptoDate [Internet]. Treatment of acute stress disorder in adults. 2018. Disponible en: www.uptodate.com
37. Condori AY. 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. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín. 2020.
38. Vásquez LE. Ansiedad, depression y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad César Vallejo 2020.
39. Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S., & Karadere, E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry research*, 2020;290, 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
40. Wang, C., Chudzicka-Czupała, A., Tee, M. L., Núñez, M. I. L., Tripp, C., Fardin, M. A., . . . Sears, S. F. A chain mediation model on COVID-19 symptoms and mental health outcomes in americans, asians and europeans. *Scientific Reports*, 2021;11(1) doi:10.1038/s41598-021-85943-7
41. Chowdhury, S. R., Sunna, T. C., Das, D. C., Kabir, H., Hossain, A., Mahmud, S., & Ahmed, S. Mental health symptoms among the nurses of bangladesh during the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 2021;28(1) doi:10.1186/s43045-021-

00103-x

42. Khademian, F., Delavari, S., Koohjani, Z., & Khademian, Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in iran. *BMC Public Health*, 2021;21(1) doi:10.1186/s12889-021-10329-3
43. Jiang, L. C., Yan, Y. J., Jin, Z. S., Hu, M. L., Wang, L., Song, Y., Li, N. N., Su, J., Wu, D. X., & Xiao, T. The Depression Anxiety Stress Scale-21 in Chinese Hospital Workers: Reliability, Latent Structure, and Measurement Invariance Across Genders. *Frontiers in psychology*, 2020;11, 247. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00247>
44. Polo MR. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad César Vallejo. 2017.





ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud que labora en área COVID de los Hospitales de la Región Arequipa.

Participación voluntaria

La participación es completamente voluntaria, usted es la única que decide si desea participar en el estudio y es libre de retirarse de la participación de la encuesta en cualquier momento.

Procedimiento:

Si desea participar, después de su consentimiento, le aparecerá una encuesta, a través de la cual podremos extraer datos sociodemográficos y presencia de síntomas de depresión y estrés relacionado al trabajo que ud. realiza.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el procesamiento de datos serán asumidos por el investigador.

Confidencialidad

Todos los datos obtenidos y resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad. Se asegura la confidencialidad y carácter anónimo de la información brindada

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio ()

No deseo participar en el estudio ()

ANEXO 2:
TABLA SOCIODEMOGRAFICA

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

Estado civil: Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciado(a) () Separado(a) ()
Viudo(a) ()

Ocupación: Médico(a) () Enfermero(a) () Técnico(a) en enfermería ()

Área de trabajo: UCI () UCIM () Hospitalización () Emergencia ()
Otros ()

Lugar de trabajo: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ()
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín EScobedo ()
Hospital III Goyeneche ()
Otros ()

¿Tiene alguna patología psiquiátrica diagnosticada? SI () NO ()

Si su respuesta fue SI, recibe tratamiento médico. SI () NO ()

¿Está embarazada? SI () NO ()

¿Ha sido diagnosticado de COVID-19 anteriormente? SI () NO ()

¿En qué medida se le proporciona EPPs en su centro de trabajo?
Suficiente () Regular () Insuficiente ()

ANEXO 3: ESCALA DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0 No me sentí así (NUNCA)

1 Me sentí un poco, o durante parte del tiempo (A VECES)

2 Me sentí bastante, o durante una buena parte del tiempo (CON FRECUENCIA)

3 Me sentí mucho, o la mayor parte del tiempo (CASI SIEMPRE)

1.	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Gracias por participar

Fuente: Polo MR. (2017)

ANEXO 4:
MATRIZ DE DATOS

ID	Sexo	Edad	Estadocivil	ugardeTrab	Occupación	Áreadetrabajo	Dx COVID	porcionaEP	Depresión	Ansiedad	Estrés
1	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
2	Femenino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
3	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Severo	Moderado
4	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Leve	Moderado	Moderado
5	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Muy severo	Muy severo	Moderado
6	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Regular	Moderado	Muy severo	Leve
7	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Moderado	Severo	Leve
8	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Leve	Leve	Leve
9	Femenino	35-45	ido(a) o	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Moderado	Severo	Moderado
10	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Moderado	Moderado	Leve
11	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Leve	Moderado	Moderado
12	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Leve	Leve	Normal
13	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Moderado	Muy severo	Severo
14	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Leve	Moderado	Leve
15	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
16	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Normal	Normal	Normal
17	Masculino	35-45	Conviviente	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Leve	Normal
18	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Leve	Normal
19	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Moderado	Leve
20	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Muy severo	Moderado
21	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Muy severo	Moderado
22	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Severo
23	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Insuficiente	Moderado	Severo	Moderado
24	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
25	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Normal	Normal
26	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Severo	Muy severo	Severo
27	Femenino	35-45	ido(a) o	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Suficiente	Moderado	Muy severo	Moderado
28	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
29	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
30	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Severo	Moderado
31	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
32	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Leve	Moderado	Leve
33	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Leve	Moderado
34	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Leve	Moderado	Normal
35	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Moderado	Muy severo	Severo
36	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
37	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Suficiente	Leve	Severo	Leve
38	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Moderado	Normal
39	Masculino	24-34	Casado(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
40	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Leve	Moderado	Normal
41	Masculino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
42	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
43	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Emergencia	No	Suficiente	Moderado	Normal	Normal
44	Masculino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
45	Femenino	35-45	Soltero(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
46	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Severo	Muy severo	Severo
47	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Normal
48	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Leve	Leve	Normal
49	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
50	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
51	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Severo	Moderado
52	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
53	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
54	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Leve	Normal	Normal
55	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Leve	Normal
56	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
57	Masculino	46-58	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Severo	Muy severo	Leve
58	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
59	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Moderado	Muy severo	Leve
60	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Leve	Normal

61	Masculino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
62	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Leve	Severo	Leve
63	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Leve	Moderado
64	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Insuficiente	Moderado	Severo	Normal
65	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Moderado	Normal
66	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Leve	Moderado	Leve
67	Femenino	46-58	ado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Severo	Normal
68	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Moderado	Normal
69	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
70	Femenino	46-58	ado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Severo	Normal
71	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Moderado	Severo	Normal
72	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Leve	Normal
73	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Leve	Normal
74	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	UCI	Sí	Suficiente	Leve	Severo	Moderado
75	Femenino	24-34	Casado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
76	Femenino	46-58	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Leve	Moderado
77	Femenino	35-45	Conviviente	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Moderado	Normal	Normal
78	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Suficiente	Leve	Leve	Normal
79	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
80	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Leve	Muy severo	Severo
81	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Leve	Normal	Leve
82	Femenino	46-58	ado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Regular	Leve	Moderado	Leve
83	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
84	Femenino	46-58	ado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Leve	Normal
85	Femenino	46-58	ado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Leve	Severo	Moderado
86	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
87	Femenino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Normal	Leve	Normal
88	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
89	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Muy severo	Muy severo	Moderado
90	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Moderado	Normal
91	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
92	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Moderado	Leve
93	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
94	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Severo	Normal
95	Masculino	35-45	ado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
96	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
97	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Leve
98	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Leve	Normal
99	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
100	Masculino	46-58	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Muy severo	Muy severo	Moderado
101	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
102	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Severo
103	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Leve	Severo	Leve
104	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
105	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Moderado	Leve
106	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Leve	Moderado
107	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Insuficiente	Moderado	Severo	Leve
108	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Insuficiente	Moderado	Moderado	Leve
109	Femenino	46-58	ado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
110	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
111	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Moderado	Moderado	Severo
112	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Insuficiente	Leve	Leve	Normal
113	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	UCI	Sí	Regular	Leve	Severo	Moderado
114	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Severo	Moderado	Severo
115	Femenino	24-34	Conviviente	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Leve	Moderado
116	Masculino	35-45	ado(a) o	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
117	Femenino	35-45	Conviviente	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
118	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
119	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
120	Masculino	24-34	Casado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal

121	Femenino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
122	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	UCI	Sí	Regular	Moderado	Moderado	Severo
123	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Moderado	Moderado	Moderado
124	Masculino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Leve
125	Femenino	35-45	ido(a) o sepa	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Leve	Muy severo	Moderado
126	Femenino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	No	Regular	Normal	Normal	Normal
127	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	Sí	Suficiente	Severo	Muy severo	Muy severo
128	Femenino	24-34	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	No	Regular	Normal	Normal	Normal
129	Masculino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Leve	Leve	Leve
130	Femenino	35-45	ado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Leve	Normal
131	Femenino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
132	Masculino	35-45	ido(a) o sepa	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
133	Femenino	35-45	Conviviente	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
134	Femenino	24-34	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
135	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
136	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
137	Masculino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
138	Masculino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
139	Femenino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
140	Femenino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
141	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
142	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Emergencia	No	Regular	Moderado	Moderado	Severo
143	Masculino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Leve	Normal
144	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Emergencia	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Moderado
145	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Emergencia	No	Regular	Moderado	Muy severo	Moderado
146	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Leve	Moderado	Moderado
147	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Insuficiente	Severo	Muy severo	Severo
148	Femenino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Leve	Moderado	Severo
149	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Leve	Severo	Moderado
150	Femenino	46-58	ido(a) o sepa	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Insuficiente	Normal	Normal	Normal
151	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	o(a) en enfe	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
152	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	o(a) en enfe	Emergencia	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Muy severo
153	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
154	Femenino	24-34	Soltero(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
155	Masculino	35-45	Soltero(a)	ital III Goyen	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Normal	Normal
156	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Regular	Normal	Normal	Moderado
157	Femenino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
158	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
159	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Insuficiente	Leve	Severo	Moderado
160	Masculino	35-45	Casado(a)	ital III Goyen	o(a) en enfe	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
161	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Leve
162	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Leve
163	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
164	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	No	Regular	Normal	Leve	Moderado
165	Femenino	24-34	Conviviente	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Regular	Leve	Moderado	Normal
166	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Regular	Leve	Leve	Leve
167	Femenino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	UCI	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
168	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Suficiente	Normal	Normal	Normal
169	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
170	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Leve	Moderado
171	Masculino	24-34	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
172	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	No	Regular	Normal	Normal	Normal
173	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	Hospitalización	Sí	Suficiente	Muy severo	Leve	Severo
174	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Leve	Leve	Normal
175	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
176	Masculino	35-45	Casado(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Emergencia	No	Regular	Normal	Normal	Normal
177	Masculino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Hospitalización	Sí	Regular	Normal	Normal	Normal
178	Masculino	35-45	Soltero(a)	al Honorio D	Médico (a)	Emergencia	Sí	Suficiente	Normal	Normal	Normal
179	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Emergencia	No	Insuficiente	Normal	Normal	Normal
180	Masculino	46-58	Casado(a)	al Honorio D	Médico (a)	UCI	Sí	Regular	Moderado	Muy severo	Severo
181	Femenino	24-34	Soltero(a)	al Honorio D	Enfermero(a)	Emergencia	No	Insuficiente	Normal	Normal	Normal