

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



**IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL DESEMPEÑO LABORAL
EN PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 DE LA MICRORED DE SALUD
ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2022**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Machicao Salcedo, Aliety Alcira

Vargas López, Katherine Milagros

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesora:

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa- Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Mayo del 2022

Dictamen: 006683-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006683, presentado por:

2013701782 - VARGAS LOPEZ KATHERINE MILAGROS

2013202362 - MACHICAO SALCEDO ALIETY ALCIRA

Titulado:

**IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL DESEMPEÑO LABORAL EN PERSONAL DE
SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19
DE LA MICRORED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1301 - FARFAN DELGADO MIGUEL FERNANDO
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**3257 - FALCONI LAOS MARIA ALEJANDRA
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A Dios y la Virgencita de Chapi, por darme la vida, la fortaleza y perseverancia necesaria para culminar este camino a pesar de las adversidades.

A mis padres, Juan Luis Alberto Vargas Castillo y Jessica López Vilca, por su gran amor, confianza y apoyo incondicional. Por los sacrificios y arduo trabajo de ambos e invaluable valores inculcados. Nunca existirán palabras suficientes para agradecerles todo lo que me dieron en esta vida.

A mi hermana, Florangel, por ser mi confidente y compañera de aventuras, y nunca dejarme sola en momentos que más necesite de ella.

A mi tía Candy y a mi hermanita Camila, por su cariño, apoyo y aliento, ya que a pesar de la distancia siempre estuvimos juntas.

A mi Mamá María, Papá Onofre y hermanito Luis Fernando que desde el cielo estuvieron conmigo en todo momento.

Katherine Vargas

Dedico con el corazón primeramente a Dios por la oportunidad de vivir, a la Virgencita del Carmen por velar siempre por nosotros.

A mi mamá Tania, mi papá Nandor, mis hermanos Milton y Carmen por ayudarme a forjar y construir este hermoso sueño que paso a paso, poco a poco hoy es una realidad.

Es inevitable no nombrar a mis bellos ángeles: Armando, Alcira, Amador y Arled que desde el cielo sé que me cuidan y día a día los tengo muy presentes en mi vida.

Aliety Machicao

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgencita, por darnos la vida, una familia maravillosa y habernos permitido culminar exitosamente una parte de nuestra formación profesional.

A nuestra casa de estudios la Universidad Católica de Santa María y docentes por las enseñanzas y valores impartidos en sus aulas para ejercer con humanismo y ética la práctica médica.

A nuestros padres, familiares y amigos por todo su apoyo, paciencia y aliento en este recorrido.



RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo identificar el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022. Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, observacional, de corte transversal de nivel relación. La población de estudio comprendió a 120 personales de salud que cumplieron con los criterios de selección. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 5%.

Los resultados mostraron que el 52.5% del personal de salud no tuvieron ansiedad, el 81.6% del personal no presentaron depresión, el 88.3% tuvieron conocimiento personal alto, el 98.3% presentaron competencias profesionales altas, mientras que el 95.8% con habilidades sociales altas. La ansiedad y depresión no presentaron relación estadística significativa con el desempeño laboral ($P > 0.05$). Por otro lado, la ansiedad y la depresión presentan relación estadística significativa, también se halló relación significativa entre la ansiedad y la edad y la depresión con la edad y el género.

Dados estos resultados se aceptó la hipótesis nula ya que no se pudo comprobar que trabajar en un ambiente con alta demanda de pacientes COVID y la escasez de personal de salud se asocie al desarrollo de ansiedad, depresión e influya en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, desempeño laboral.

ABSTRACT

This research aims to identify the impact of anxiety and depression on the job performance of health personnel at the first level of care in the context of the COVID 19 pandemic of the Alto Selva Alegre Health Micronetwork, Arequipa 2022. A study of Quantitative, observational, cross-sectional research at the relationship level. The study population comprised 120 health personnel who met the selection criteria. For inferential statistics, Pearson's chi-square test was applied with a significance level of 5%.

The results showed that 52.5% of the health personnel did not have anxiety, 81.6% of the personnel did not present depression, 88.3% had high personal knowledge, 98.3% had high professional skills, while 95.8% had high social skills. Anxiety and depression did not present a statistically significant relationship with job performance ($P>0.05$). On the other hand, anxiety and depression have a statistically significant relationship, a significant relationship was also found between anxiety and age and depression with age and gender.

Given these results, the null hypothesis was accepted since it was not possible to verify that working in an environment with a high demand for COVID patients and a shortage of health personnel is associated with the development of anxiety, depression and influences the work performance of health personnel of the first level of care.

KEY WORDS: Anxiety, depression, job performance.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO.....	3
1. Planteamiento Teórico.....	4
1.1. Problema de investigación.....	4
1.1.1. Enunciado del problema:.....	4
1.2. Descripción del Problema.....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Análisis u operacionalización de Variables.....	4
1.2.3. Interrogantes básicas:.....	5
1.2.4. Tipo de investigación.....	5
1.2.5. Diseño de investigación.....	5
1.2.6. Nivel de investigación.....	5
1.3. Justificación del problema.....	6
1.3.1. Justificación Científica.....	6
1.3.2. Justificación social.....	6
1.3.3. Factibilidad.....	6
1.3.4. Justificación personal.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos específicos:.....	7
3. MARCO TEORICO.....	8
3.1. Conceptos básicos.....	8
3.1.1. Concepto de ansiedad.....	8
3.1.2. DEPRESIÓN.....	14
3.1.3. DESEMPEÑO LABORAL.....	20

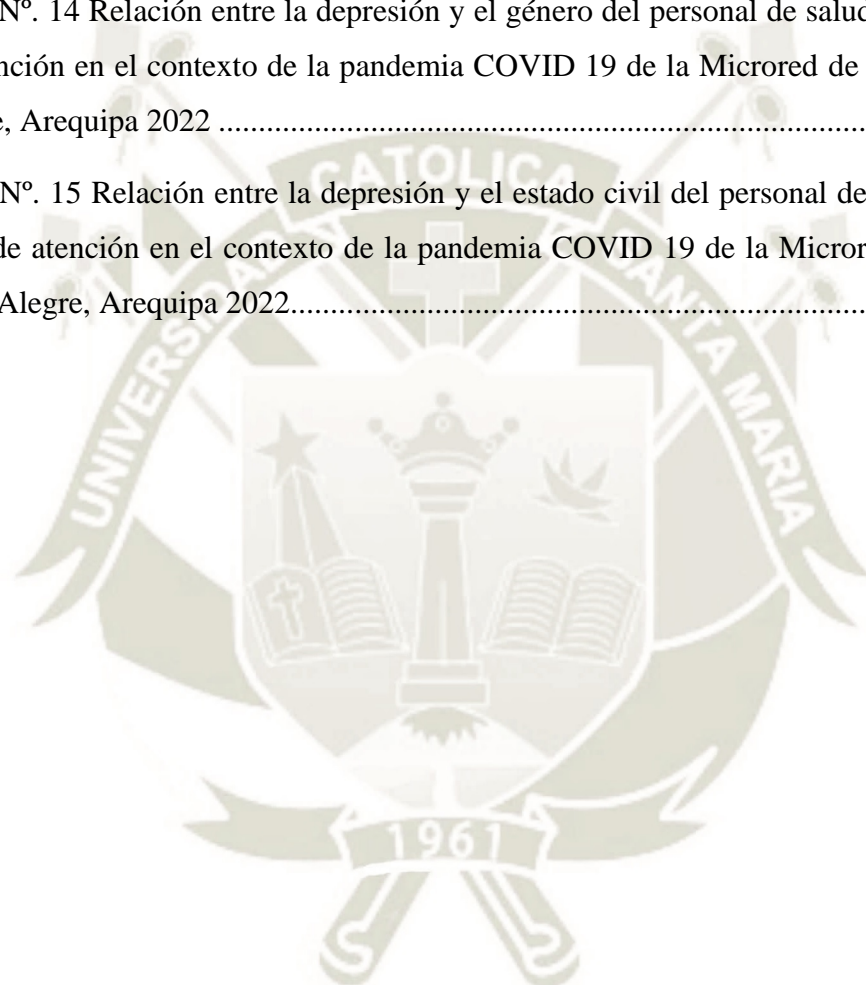
3.1.4.	COVID-19	21
3.2.	ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	22
3.2.1.	A nivel local	22
3.2.2.	A nivel nacional.....	25
3.2.3.	A nivel internacional	27
4.	Hipótesis:.....	28
CAPITULO II MATERIALES Y METODOS		29
1.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	30
1.1.	Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	30
1.1.1.	Técnicas:.....	30
1.1.2.	Instrumentos:	30
1.1.3.	Materiales:	30
1.2.	Campo de verificación	30
1.2.1.	Ubicación espacial.....	30
1.2.2.	Ubicación temporal.....	30
1.2.3.	Unidades de estudio.....	30
1.2.4.	Criterios de inclusión.....	30
1.2.5.	Criterios de exclusión	30
1.2.6.	Muestra	31
2.	Estrategia de Recolección de datos	31
2.1.	Organización	31
2.2.	Recursos.....	31
2.2.1.	Humanos.....	31
2.2.2.	Materiales:	31
2.2.3.	Financieros:	31
2.3.	Validación del Instrumento.....	32
2.3.1.	Test de Hamilton para ansiedad.....	32
2.3.2.	Test de Hamilton para depresión:.....	33
2.3.3.	Cuestionario de autoevaluación del desempeño laboral.....	34
3.	CRITERIOS DE MANEJO DE RESULTADOS	34
3.1.	Plan de procesamiento	34

3.2. Plan de clasificación	34
3.3. Plan de codificación.....	34
3.4. Plan de recuento.....	34
3.5. Plan de tabulación.....	34
3.6. Plan de graficación.....	34
3.7. Plan de análisis.....	34
CAPITULO III RESULTADOS	36
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	68
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
ANEXO 3 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	71
ANEXO 4 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.....	72
ANEXO 5 CUESTIONARIO DE DESEMPEÑO LABORAL	74
ANEXO 6 MATERIAS DE DATOS	75
ANEXO 6 OFICIOS.....	80

INDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1 Características sociodemográficas del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	37
Tabla N°. 2 Características laborales del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	38
Tabla N°. 3 Características clínicas del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	39
Fuente: Elaboración Propia.	39
Tabla N°. 4 Ansiedad en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	40
Tabla N°. 5 Depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	41
Tabla N°. 6 Desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	42
Tabla N°. 7 Relación entre la ansiedad en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	43
Tabla N°. 8 Relación entre la depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	44
Tabla N°. 9 Relación entre la ansiedad y la depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	45
Tabla N°. 10 Relación entre la ansiedad y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	47

Tabla N°. 11 Relación entre la ansiedad y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	49
Tabla N°. 13 Relación entre la depresión y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	53
Tabla N°. 14 Relación entre la depresión y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	55
Tabla N°. 15 Relación entre la depresión y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.....	57



INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Ansiedad en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	40
Gráfico 2 Depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	41
Gráfico 3 Desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	42
Gráfico 4 Relación entre la ansiedad y la depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	46
Gráfico 5 Relación entre la ansiedad y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	48
Gráfico 6 Relación entre la ansiedad y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	50
Gráfico 7 Relación entre la ansiedad y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	52
Gráfico 8 Relación entre la depresión y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	54
Gráfico 9 Relación entre la depresión y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	56
Gráfico 10 Relación entre la depresión y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022	58

INTRODUCCION

En diciembre del 2019 en Wuhan, China se reportó un brote de una cepa de coronavirus, el SARS-CoV-2, el cual se propago en corto tiempo a nivel mundial, afectando de manera distinta la vida de cada persona, en todos los continentes, países y en los diferentes estratos sociales.

En este contexto, el personal de salud ante esta pandemia fueron sin duda los más afectados, no solo poniendo en riesgo su salud física sino también su salud mental. Tanto a médicos, enfermeras y demás personal de salud en clínicas, hospitales y centros de salud continúan estando preparados para laborar permanentemente expuestos a la COVID-19.

Es probable que esta carga psicológica se deba a la nueva organización del personal, el incremento de la intensidad del trabajo, el temor de estar expuesto al virus y el posible contagio a sus familiares.

Poco tiempo después de declararse la pandemia, comenzaron a publicarse estudios que reportaban altos niveles de estrés en personal de salud, denominada «la primera línea» de atención, lo cual se ha visto reflejado en una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos (1).

Actualmente se observa un descenso sostenido de la actividad de COVID-19 en la mayoría de los países y territorios de la Región de las Américas y a pesar del esfuerzo para aumentar la proporción de población inmunizada, aún se observa que existe un riesgo latente de otro incremento de casos, hospitalizaciones y defunciones, principalmente en aquellas áreas con elevada proporción de población no inmunizada o parcialmente inmunizada (2).

Por otro lado, según Laurencio, indica que el desempeño laboral es la capacidad y habilidades de desenvolvimiento y el rendimiento que refleja una persona, la calidad de trabajo, técnicas, compromiso, eficiencia para así cumplir los objetivos establecidos en un plazo determinado. Para ello se debe de trabajar en la productividad de las tareas diarias y todo ello se evidencia en los resultados de cada uno, así mismo se capacitan y actualizan, para brindar una atención de calidad y adecuada a los pacientes que acuden diariamente al establecimiento de salud (42).

Por los expuesto anteriormente el objetivo de este estudio es identificar el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022. Continuar investigando

sobre este tema nos permite generar información que ayude a fortalecer la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios.





CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Planteamiento Teórico

1.1. Problema de investigación

1.1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál es el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Ansiedad, depresión y desempeño laboral

1.2.2. Análisis u operacionalización de Variables

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Ansiedad	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	<ul style="list-style-type: none"> • No ansiedad: 0-5 • Ansiedad leve: 6-14 • Ansiedad moderada/ grave: ≥ 15 	Ordinal
Depresión	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	<ul style="list-style-type: none"> • No depresión: 0-7 • Distimia: 8-14 • Depresión moderada/ grave: ≥ 15 	Ordinal
Desempeño laboral	Puntaje Test Desempeño laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos profesionales • Competencias profesionales • Habilidades sociales y actitudes 	Ordinal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Edad	Edad del paciente según DNI	Años	Cuantitativa
Género	Género según DNI	Femenino Masculino	Nominal

Estado civil	Estado civil del paciente según DNI	Soltero/a Casado/a Conviviente/a Separado/a Viudo/a	Nominal
---------------------	-------------------------------------	---	---------

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es el impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por Covid 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es el impacto de la ansiedad en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por Covid 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es el impacto de la depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por Covid 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la relación entre ansiedad, depresión y desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la relación entre ansiedad y depresión y datos sociodemográficos en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022?

1.2.4. Tipo de investigación

Analítico - Correlacional

1.2.5. Diseño de investigación

Observacional, Transversal

1.2.6. Nivel de investigación

Correlacional

1.3. Justificación del problema

1.3.1. Justificación Científica

El presente estudio de investigación pretende contribuir al conocimiento del impacto de la ansiedad, depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

1.3.2. Justificación social

El personal de salud del primer nivel de atención afronta la lucha de forma directa contra el SARS CoV-2, estando expuesto a una alta demanda de pacientes, escasez de personal de salud, involucrando su salud física como su salud mental lo cual influye en su desempeño laboral.

1.3.3. Factibilidad

Este estudio es factible de ejecutarlo ya que existen antecedentes de estudios similares a nivel local, nacional e internacional, dándole el valor que merece la salud mental del personal de salud en el contexto de la pandemia COVID 19.

1.3.4. Justificación personal

Nuestra motivación personal en realizar esta investigación se dio que también al haber sido internas en un centro de primer nivel de atención, hemos podido observar de cerca el impacto que tiene estar en un área complicada para el personal de salud, por lo que decidimos indagar más sobre la repercusión en la salud mental y desempeño laboral del personal de salud. Por tal razón es que proponemos la realización del siguiente estudio para analizar el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Identificar el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

2.2. Objetivos específicos:

- Establecer el impacto de la ansiedad en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.
- Establecer el impacto de la depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.
- Establecer la relación entre ansiedad, depresión y desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.
- Establecer la relación entre ansiedad y depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.
- Establecer la relación entre ansiedad, depresión y datos sociodemográficos en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

3. MARCO TEORICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Concepto de ansiedad

“Según el DSM V son los trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (3). Todas las personas experimentamos ansiedad, que en la mayoría de las veces podría caracterizarse por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, en ocasiones acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. Los síntomas presentes durante la ansiedad serán diferentes en cada persona (5).

Sin embargo, la diferenciación entre una respuesta normal y la ansiedad patológica es de carácter clínico, en función de criterios de intensidad o duración excesiva (generalmente superior a 6 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” En cuanto a su epidemiología, se ha estudiado que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres en una relación de 1,5-2 a 1 respectivamente. Estudios revelan que se asocian con un riesgo elevado de padecer un episodio depresivo, dependiendo de cuál sea el trastorno de ansiedad primario (4).

3.1.1.1. ETIOLOGIA

La etiopatogenia de la ansiedad incluye múltiples factores de riesgo: biológicos, psicodinámicos, psicosociales, traumáticos, cognitivos y conductuales.

3.1.1.1.1. Factores biológicos:

Se ha encontrado una predisposición genética en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor frecuencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social (8).

3.1.1.1.2. Factores psicosociales:

Los estresores psicosociales como interpersonales, socioeconómico y laborales juegan un rol fundamental en muchos de los trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación (8).

3.1.1.1.3. Factores traumáticos:

Vivir acontecimientos traumáticos como accidentes graves, desastres, violaciones, etc., suelen producir daños biológicos cerebrales que se vinculan a síntomas graves de ansiedad, como estrés agudo y trastorno de estrés postraumático (8).

3.1.1.1.4. Factores psicodinámicos:

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas (5).

3.1.1.1.5. Factores cognitivos y conductuales:

Patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) se anticipa a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus 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 (8).

3.1.1.2. NEUROBIOLOGÍA

La ansiedad tiene un origen en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están vinculadas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. En algunas ocasiones actúa como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico tiene un rol fundamental, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Algunas hormonas tienen un rol notable en todo lo relacionado al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (9).

3.1.1.3. CLASIFICACION

Los trastornos de ansiedad según el DSM V son 11:

3.1.1.3.1. Trastorno de Ansiedad por separación

Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación (3).

3.1.1.3.2. Mutismo selectivo

Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos) (3).

3.1.1.3.3. Fobia Específica

Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad (3).

3.1.1.3.4. Trastorno de Ansiedad Social

Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores (3).

3.1.1.3.5. Trastorno de Angustia

Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia (3).

3.1.1.3.6. Agorafobia

Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza (3).

3.1.1.3.7. Trastorno de Ansiedad generalizada

Ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica (3).

3.1.1.3.8. Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias / medicación

El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la

abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas (3).

3.1.1.3.9. Trastorno de Ansiedad debido a otra enfermedad médica

El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica (3).

3.1.1.3.10. Otros Trastornos de Ansiedad especificados

Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún Trastorno de Ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos (3).

3.1.1.3.11. Trastorno de Ansiedad no especificado

Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún Trastorno de Ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (3).

3.1.1.4. DIAGNÓSTICO

Según con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV los síntomas tienen que estar presentarse en periodo de 6 meses, estos consisten en una intranquilidad constante acerca de su salud, familia, trabajo y economía (10).

El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-V y la CIE-10, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación (9).

3.1.1.5. TRATAMIENTO

En el tratamiento de la ansiedad se cuenta con recursos farmacológicos y no farmacológicos, para abordar esta problemática con resultados respaldados

científicamente, para esto debe de realizarse una evaluación al paciente que permita determinar el tipo de TA (12).

El abordaje terapéutico en los pacientes con TA debe de ser integral, como objetivo específico, el médico general debe de abordar; el manejo emocional y la disminución de los niveles de ansiedad. Se debe de considerar el patrón y la gravedad de la sintomatología, así como el tiempo de evolución de la enfermedad y riesgo beneficio de tratamiento a emplear (11).

Los TA son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad. Por lo que su diagnóstico y el inicio de tratamiento es fundamental para la calidad de vida, usualmente se brindas tratamiento con antidepresivos y Benzodiacepinas (BZD). Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo (12).

La terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias psicodinámicas se considera tratamientos de primera línea en los TA. En los últimos años la TCC, se ha combinado con estrategias de exposición, como objetivo buscan modular los patrones del pensamiento (13).

3.1.1.5.1. La Escala de Hamilton para la Ansiedad

Fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales» en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales” quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Es una escala psicológico muy usado para la clasificación del grado de ansiedad que pueda experimentar una persona. Esta escala no sirve para el diagnóstico, si no, es un instrumento util y muy eficiente para hacer una valoración del estado en el que se encuentra un paciente, determinar sus síntomas psicósomáticos, sus procesos cognitivos y sus miedos. Esta puede ser adaptada tanto en niños como adultos. Ampliamente usada por médicos y psiquiatras, con la advertencia de que no proporciona un diagnóstico del trastorno específico, pero sí puede ayudar en este (40).

3.1.2. DEPRESIÓN

Según la OMS “La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundo, pues se considera que está afectando a un 3,8% de la población, que incluye un 5% en adultos y un 5,7% en adultos mayores de 60 años” (19).

La depresión por ende es una alteración del humor, la cual destaca principalmente el ánimo deprimido, con falta de energía y/o pérdida de interés, o también de la incapacidad para poder disfrutar u obtener placer conocido como anhedonia, esto afecta la vida de una persona, en la mayoría del día o por lo menos en dos semanas

Se dieron estudios Internacionales, donde la prevalencia de los trastornos depresivos muestra: 5 a 10% en población adulta, resaltando un 10 a 15% en mujeres puesto que en varones es de 5 a 12 %; no obstante, se observa que un 15 % de la población presentara en algún momento de su vida depresión. Esto conlleva a presentar suicidio en un 3 a 4 % de personas que padecen depresión mayor (20).

3.1.2.1. FACTORES DE RIESGO

Entre los principales tenemos

3.1.2.1.1. SEXO

Se encuentra una relación hombre/mujer de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, siendo iguales fuera de este intervalo de edad (20).

3.1.2.1.2. EDAD

Se encuentra una mayor incidencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes en un intervalo de 18-44 años (20).

3.1.2.1.3. GENÉTICOS

Se observo en los familiares de primer grado que presentan un alto porcentaje de 2 a 4 veces mayor de padecer síntomas depresivos (20).

3.1.2.1.4. ACONTECIMIENTOS VITALES

Se entiende como los sucesos de hechos que conllevan a algún tipo de cambio vital del individuo; como experiencias objetivas que cambian las actividades habituales del individuo, causando un recambio fundamental

en su conducta. Pueden presentar emociones de tipo negativo que acompañan al estrés –ansiedad, depresión, etc- estos varían de acuerdo con los momentos del individuo, con las situaciones y esto vera la diferencia del inicio o cronicidad del estrés (20).

3.1.2.1.5. FACTORES SOCIALES

Aumentan la vulnerabilidad de determinadas personas para desarrollar los trastornos psiquiátricos:

- Las costumbres de privación de abusos y explotación extremas, que a menudo suelen darse durante la infancia por situaciones de desestructuración social o familiar.
- Otros factores sociales se predisponen o da vulnerabilidad en el propio entorno físico y social de la persona (20).

3.1.2.1.6. PSICOLÓGICOS

Existen estudios de teorías psicoanalíticas que sitúan la vulnerabilidad para presentar depresión en etapas tempranas del desarrollo, manifestándose cuando existe alguna dificultad para enfrentar daños posteriores (20).

3.1.2.1.7. FACTORES NEUROQUÍMICOS

Existen estudios de los neurotransmisores que son los que más se relacionan con la depresión; la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Con estos dos neurotransmisores se comprobó que presenta un descenso de los niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en enfermos con depresión, sobre todo el descenso de la recaptación de la serotonina, en las plaquetas de pacientes depresivos. Se han observado, también, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que llegaron al suicidio. Otros estudios también indican que la disminución de dopamina aumenta el riesgo de presentar depresión (20).

3.1.2.1.8. FACTORES ENDOCRINOS

Se observa cambios en la secreción de la hormona del crecimiento (GH), aumento de secreción de cortisol e hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, variaciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo (20).

3.1.2.1.9. FACTORES FISIOLÓGICOS

Se observa altibajos en el ritmo circadiano y en el ciclo del sueño (20).

3.1.2.1.10. FACTORES ANATÓMICOS

Gracias a la tecnología que ahora se presenta en estudios de neuroimagen tanto estructural como funcional se han descrito variaciones en: sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo (20).

3.1.2.2. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Siguiendo la clasificación propuesta por el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychological Association) (3) y la CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades y problemas de la salud de la OMS), se puede conocer la siguiente clasificación de depresión (19).

3.1.2.2.1. Trastorno depresivo mayor:

El trastorno depresivo debe presentar 5 o más de los siguientes síntomas, primero un estado de ánimo deprimido o segundo, pérdida de interés o placer, en 2 semanas aproximadas en la persona:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día se siente triste, sin esperanza, en niños y adolescentes puede ser disfórico o irritable, esto puede ser objetivable por parte de otras personas.
- Presentará pérdida importante de interés o la capacidad de sentir placer para sus actividades en el mayor porcentaje de tiempo, por varios días.
- Presentará pérdida de peso o el aumento de este, como un 5% del peso corporal en por lo menos un mes; por consiguiente, presentará aumento o disminución del apetito.
- Puede presentarse Insomnio o Hipersomnia casi diario.
- Disminución psicomotor o agitación diariamente que será identificable por el entorno.
- Presencia de fatiga o disminución de energía diariamente.

- Con sentimiento de culpa o ser inútil en exceso, también podría ser delirante o inapropiado diariamente.
- No consiguen pensar bien, baja concentración, y no logran tomar decisiones, así suelen estar a diario.
- Suelen presentar ideas suicidas diariamente (3).

3.1.2.2.2. Trastorno distímico

Los pacientes que presentan este trastorno suelen agruparse en depresión mayor crónica, con un estado de ánimo exageradamente variable, enfocado solo en depresión, triste o deprimido en estado crónico. Tienden a manifestarlo ellos o su entorno los identifican, les afecta casi diario, como mínimo dos años.

Pueden presentar de 2 o más síntomas ahora mencionados durante su periodo de depresión: sentimientos de desesperación, Insomnio, disminución de la energía, fatiga, baja autoestima, bajo apetito o sobrealimentación, no logran concentrarse y presentan dificultad para tomar decisiones. períodos libres de síntomas no duran más de dos meses seguidos. En niños y adolescentes el periodo es de un año a diferencia de los adultos que como mínimo deben ser 2 años (3).

3.1.2.2.3. Trastorno disfórico premenstrual

Se presenta en la mayoría de los ciclos menstruales, en la última semana antes del inicio de la menstruación y desaparecer o disminuir en la semana posterior de la menstruación, por lo menos deben de tener 5 síntomas ese periodo de tiempo. Cambios de humor que suelen ser de repente y aumento de rechazo; enojo, irritabilidad o presentan conflictos interpersonales aumentados. Presentan sentimientos de desesperanza o ideas de desprecio a su persona, presentan los nervios de punta, ansiosas o tensión (3).

3.1.2.2.4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento

Aquí se observará una variación importante y persistente del estado anímico al que dominará en el cuadro clínico que se caracteriza por su estado depresivo, bajo interés o placer en sus actividades diarias.

Desarrollados después o durante una intoxicación o privación de una sustancia, también puede ser por la exposición a una droga (3).

3.1.2.2.5. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Observaremos un periodo continuo de estado anímico de depresión con aumento de pérdida de interés o placer en sus actividades diarias. En este trastorno veremos fisiopatológicamente relación directa a otra afección médica con pruebas comprobadas por su historia clínica, análisis de laboratorio o examen físico del paciente. Este trastorno se explica por ejemplo a un trastorno de adaptación donde es un estado mixto tanto estrés como ansiedad con estado anímico de depresión. No se produce en periodos de delirium (3).

3.1.2.2.6. Otro trastorno depresivo especificado

Son situaciones donde predominan los síntomas característicos de depresión por consiguiente esto causara malestar superior en su clínica, con disminución a nivel laboral, social y actividad diaria de la persona. Por ente no entra en otra clasificación de depresión por ser un motivo específico que el clínico amerita destacarlo, ejemplo: Episodio depresivo de corta duración donde se encuentra el estado anímico deprimido y por lo menos otros 4 síntomas ya descritos en la depresión mayor pero dura más de 4 días pero no llega a las dos semanas sus síntomas (3).

3.1.2.2.7. Trastorno depresivo no especificado

Se presentan en los trastornos depresivos que tienen algún malestar clínico significativo o presentan daño a nivel social, laboral, etc. Pero no cumplen con ningún trastorno de la clasificación (3).

3.1.2.2.8. Reacción de duelo

Se habla de la reacción común a la muerte de un individuo próximo. Se encuentran propias connotaciones socioculturales de cada persona. No obstante, si los síntomas perduran durante más de dos meses después de la pérdida, se podría diagnosticar como depresión mayor (3).

3.1.2.3. TRATAMIENTO

La APA (American Psychological Association) sugiere que el tratamiento primordial de la depresión es:

Al inicio uso psicoterapia o el uso de un antidepresivo de segunda generación. Sin embargo, no se recomienda monoterapia. Ahora bien, existe estudios donde indican la opción de terapia cognitivo-conductual (TCC) adicionando un antidepresivo de segunda generación (23).

Dado que no están conveniente el uso de benzodiacepinas en combinación con la terapia antidepresiva, no obstante, existe evidencia que reducen los síntomas por el uso durante 4 semanas como máximo, pero puede aumentar efectos adversos en la persona (24).

En algunos pacientes, en los que se encuentra aceptable el uso de terapia farmacológica de inicio, recomiendan iniciar con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Existe como alternativa antidepresivos atípicos, moduladores de serotonina, etc. El uso de antidepresivos tricíclicos y inhibidores de la monoamino oxidasa pueden no estar recomendados como terapia de inicio, porque presentan efectos secundarios. Es por ello que al iniciar una terapia antidepresiva se utilizan mínimas dosis, para minimizar los efectos adversos. Se a observado una mejoría en su clínica en un tiempo de 2 semanas, y hablando en general se puede esperar por una mejoría en un periodo de 6 a 12 semanas (25).

‘La Escala de Hamilton para la Depresión: La escala de Depresión de Hamilton (HDRS-17)²⁹ modificada por Conde-Franch evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo; ha demostrado fiabilidad aceptable y validez adecuada en diferentes países (EE. UU., Brasil, Turquía), en adultos jóvenes (media 44 años), en ancianos (media 65 años), en jóvenes (media 22 años), en americanos, en hispanos y en afroamericanos. Ha sido aplicada tanto en hombres como en mujeres, saludables y enfermos con epilepsia, cáncer terminal, depresión, insuficiencia renal y con diversidad de características sociodemográficas, niveles socioeconómicos bajos y medios, nivel de educación variable con una media de escolarización de 6 a 9 años. Esta escala está compuesta por 17 ítems. Proporciona una puntuación por

presencia de síntomas de ansiedad y somáticos. Tiene una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación de 4 factores o índices: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad” (38).

3.1.3. DESEMPEÑO LABORAL

El desempeño laboral se entiende como la disposición de un individuo cumpliendo su jornada laboral en una institución, el cual debe estar ajustado a las exigencias y requerimientos de la organización, de tal manera que sea efectivo, eficaz y eficiente en la realización de las funciones asignadas para lograr los objetivos planteados y por consiguiente el éxito de la institución (14).

Se define desempeño como “aquellas acciones, tareas o comportamientos observados en los empleados que son importantes para lograr las metas de la organización”, y estos pueden ser evaluados en función de las competencias y capacidades de cada individuo y su nivel de aportación a la empresa (15).

Se identifica ciertas áreas que determinan el desempeño de un trabajador: comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, profesionalismo, aceptación al cambio, iniciativa, relaciones interpersonales, responsabilidad, trabajo en equipo, actitud y desenvolvimiento en el trabajo (16).

El desempeño laboral es la eficiencia como el empleado realiza sus funciones dentro de una organización, es decir la dedicación que el trabajador invierte para realizar sus funciones dentro de la organización orientado hacia el éxito de ella, siendo responsable y cumpliendo con lo indicado en su rol dentro de la empresa, para su propio beneficio (17).

3.1.3.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESEMPEÑO LABORAL

El desempeño laboral depende de varios factores, componentes, destrezas, particularidades o competencias correspondientes a los conocimientos, habilidades y capacidades que la organización espera del trabajador realice y demuestre al desarrollar sus funciones.

Es importante tener en cuenta en el desempeño laboral: la adaptabilidad, comunicación, iniciativa, conocimientos, trabajo en equipo, estándares de trabajo, desarrollo de talentos, potencia el diseño del trabajo, maximizar el desempeño (18).

El desempeño laboral se evalúa mediante factores previamente definidos y valorados, entre ellos, factores actitudinales: disciplina, actitud cooperativa, iniciativa, responsabilidad, habilidad de seguridad, discreción, presentación personal, interés, creatividad, capacidad de realización y factores operativos: conocimiento del trabajo, calidad, cantidad, exactitud, trabajo en equipo, liderazgo (16).

Se dice que competencia profesional posee quien dispone de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para desempeñar una profesión, y esta es capaz de solucionar los problemas profesionales de una manera independiente y manejable, y está instruido para contribuir a su entorno profesional y en la organización del trabajo (39).

3.1.4. COVID-19

El Covid-19, se produce por una cepa mutante de coronavirus el SARS-CoV-2, este desarrollo una severa crisis social, de salud y sobre todo económica, nunca antes vista. Fue detectada por primera vez en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei (ciudad Wuhan) donde se presentó 27 casos de neumonía atípica de etiología desconocida y siete pacientes graves. Entonces así fue como se describió el primer caso, el 8 de diciembre 2019, para el 24 enero en China se reportaron 835 casos, en la provincia de Hubei 534 y con el pasar de las semanas se expandió a otras partes de China y posterior a ello fue a otros países expandiéndose mundialmente, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara en marzo 2020 como una nueva pandemia mundial.

El virus SARS-CoV-2 se transmite rápidamente y es muy contagioso, se transmite de persona a persona por medio de secreciones respiratorias o por la tos y también por contacto cercano; estas gotas respiratorias son capaces de transmitirse a una distancia de dos metros como mínimo, también por las manos o los fómites contaminados de estas gotas infectadas con el virus, que posterior a ello lo llevamos a contacto de la mucosa oral, ojos o nariz. Pertenece a la familia de los virus coronavirus, dos de cuyas cepas vetustas provocan la gripe común (26).

En el Perú, el 6 de marzo de 2020, el presidente Martín Vizcarra confirmó el primer caso de un paciente con covid-19 en nuestro país. Una vez que se detectó

el primer caso en Perú y empezó la propagación. El 10 de marzo, con 11 casos registrados oficialmente en el país, el presidente peruano anunció cuarentena domiciliaria por un periodo de 14 días para todos los viajeros provenientes de España, Italia, Francia, y China. Al segundo día, el 11 de marzo, Vizcarra anunció el cierre total de las escuelas públicas y privadas (25). La ministra de Salud, Elizabeth Hinojosa, enfatizó la importancia del aislamiento social, y el gobierno prohibió los espectáculos públicos que congregaran a más de trescientas personas. Luego, el 12 de marzo de 2020, el gobierno creó la Comisión Multisectorial de Alto Nivel para que dirija las labores de coordinación y articulación orientadas a la protección, prevención y control de la covid-19. No obstante, los casos siguieron incrementando exponencialmente aun con esas medidas impuestas. Por ello el gobierno decretó una cuarentena estricta a nivel nacional. Esta cuarentena no funcionó en nuestro Perú. Porque si al iniciar la cuarentena teníamos 71 casos confirmados y cero casos de muerte, al culminar esta cuarentena teníamos 268.602 casos confirmados y 8.761 casos de muertes. Es decir, crecieron de forma exponencial el exceso de pacientes infectados y fallecidos. Al culminar la cuarentena estábamos nos encontrábamos en los cinco países con mayores casos confirmados de coronavirus (27).

Se vivió el 22 de julio del 2020, como el presidente Martín Vizcarra decretó, en calidad de urgencia, con la intervención del Ejecutivo para combatir al covid-19 en Arequipa. Así iniciaba la autorización del Ministerio de Salud a disponer en materia administrativa y asistencial sobre las distintas necesidades de nuestro departamento. El hospital regional Honorio Delgado fue declarado exclusivamente para la atención de pacientes Covid que al inicio fue un caos total (28).

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. A nivel local

- **Autor:** Lidia Carolina Cayllahua Ancco Gregorio Ccacyavilca Consa (30).
Título: Ansiedad y desempeño laboral en docentes del Centro Preuniversitario durante la pandemia de Covid-19 en la ciudad de Arequipa 2020 (30).

Resumen: La presente investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre Ansiedad y Desempeño Laboral en los docentes del Centro preuniversitario durante la pandemia del Covid-19 en la ciudad de Arequipa. El tipo de investigación es descriptivo correlacional con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 112 docentes (49 mujeres y 63 varones) cuyas edades están comprendidas entre 23 a 73 años pertenecientes a las 3 áreas de sociales, ingenieras y biomédicas del Centro preuniversitario, para el cual se utilizaron dos instrumentos: el Cuestionario de Desempeño laboral y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados indican que, si existe una relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 0.00$; $p < 0.05$) entre ansiedad y desempeño laboral. Al evaluar el nivel de ansiedad el mayor porcentaje de docentes no presentan ansiedad y por otro parte se obtuvo un nivel alto en desempeño laboral (30).

- **Autor:** Siu Oporto Patricia Ximena (33).

Título: Prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y no médico del Primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID19 de la red Camaná, Caravelí, Arequipa 2021 (33).

Resumen: Debido a la nueva realidad nacional, el objetivo de este proyecto fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y no médico del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021. Para lo cual se utilizó la escala Hamilton de Ansiedad, y la Escala Hamilton de Depresión. Se realizó estadística con el programa SPSS Statics, con el cual se realizó la prueba de Chi cuadrado para demostrar asociación estadística. Para lo cual se encuestó a 55 personas, de las cuales 10 eran personal médico y 45 personal no médico. Se encontró una prevalencia de 40% de ansiedad (Tabla 4.) y de un 30.4 % (Tabla 5.) en depresión en el personal de salud del primer nivel de atención. La prevalencia de ansiedad y depresión solo del personal médico se encontró en 6.7 % del total de depresión leve según la escala de Hamilton (tabla 9), mientras que la ansiedad en el personal médico representó un 33.3% dentro del ítem de ansiedad leve, no encontrándose casos de ansiedad moderada/ grave dentro de los mismos. En la relación de ocupación laboral y niveles de ansiedad y depresión se realizó la prueba de

Chi cuadrado, obteniéndose un valor de $p = 0.106$ en cuanto a la relación de los niveles de ansiedad y la ocupación de los participantes y el valor de $p = 0.151$ en cuanto a nivel de depresión relacionado a la ocupación. Sin embargo ya que los valores de P son mayores a 0.05 , no se puede establecer una correcta asociación estadística. Es importante tener en cuenta la salud mental de los trabajadores, tanto sean parte del personal médico, como del no médico, pues su ardua labor, muchas veces los lleva al agotamiento mental y físico (33).



3.2.2. A nivel nacional

- **Autor:** Ana Reyna Calla Choque, Yolanda Edith Roque Contreras (29).

Título: Impacto de la ansiedad en el desempeño laboral en el contexto de la pandemia Covid-19, del personal del Hospital Militar Geriátrico Chorrillos. Lima, 2021 (29).

Resumen: Objetivo: Identificar el impacto de la ansiedad en el desempeño laboral en tiempos de pandemia COVID-19 del personal del Hospital Militar Geriátrico Chorrillos- Lima, 2021. Material y método: Estudio de tipo básica y la muestra fue de 118 trabajadores administrativos y asistenciales quienes respondieron a una escala de autovaloración que constan de 20 ítems para la variable ansiedad y un cuestionario de 31 ítems para la variable desempeño laboral. Para determinar la prueba estadística a emplear, se utilizó previamente la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la distribución de los datos para usar estadística paramétrica o no paramétrica, el mismo que fue procesado en el SPSS Versión 26. Resultados: Del total de la muestra en los niveles de ansiedad obtenidos predomina la marcada a severa 41,5%; normal 33,9%; mínima moderada 22,9% y grado máximo 1,75%; así mismo el desempeño laboral deficiente fue del 72%; y nivel regular 28%. Y dentro de las dimensiones se halla que la dimensión calidad de trabajo se constató que el nivel regular se encuentra liderando 51,7%, responsabilidad resalta el nivel regular 54,2%, en el nivel trabajo en equipo resalta el nivel deficiente con 82% y en el nivel compromiso institucional predomina el nivel deficiente 83,9%. Conclusión: Se identificó que la ansiedad no impacta en el desempeño laboral del personal del Hospital Militar Geriátrico Chorrillos- Lima, 2021 (29).

- **Autor:** Gonzalo Espinoza-Ascurra, Iván Gonzales-Graus, Mónica Meléndez-Marónb y Rufino Cabrera (32).

Título: Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú (32).

Resumen: Introducción: La pandemia de COVID-19 ha incrementado la magnitud de enfermedades mentales como la depresión no solo entre la población general, sino también en el personal de salud. En Perú no se conocen la prevalencia y los factores asociados con depresión en personal de salud. El objetivo es determinar la prevalencia e identificar los factores asociados con depresión en el personal de salud, en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico entre mayo y septiembre, 2020 en establecimientos de salud. Se incluyó una muestra de 136 trabajadores de la salud y se aplicó una encuesta para recoger los datos. La variable dependiente depresión se midió con la escala autoaplicada de Zung. Para identificar los factores asociados, se realizaron análisis bivariado y multivariado por regresión logística con STATA v 14. Resultados: La prevalencia de depresión es del 8,8% (IC95%, 4,64-14,90). Se asociaron con depresión el antecedente de tener familiar o amigo muerto por COVID-19 (OR = 6,78; IC95%, 1,39-32,90; $p = 0,017$). En cambio, se encontró que el uso de equipos de protección personal (EPP) es un factor protector contra la depresión (OR = 0,03; IC95%, 0,004-0,32; $p = 0,003$). Conclusiones: Aproximadamente 1 de cada 10 profesionales y técnicos de salud sufrió depresión durante la pandemia de COVID-19 en este estudio. Además, el antecedente de tener familiares o amigos muertos por COVID-19 se asoció negativamente con depresión y el uso de EPP se identificó como factor protector contra la depresión (32).

3.2.3. A nivel internacional

- **Autor:** Karen Paola Cárdenas Paredes (31).

Título: Ansiedad y su influencia en el desempeño laboral de un trabajador del hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda (Bolívar) en época de COVID-19 (31).

Resumen: En este presente trabajo de investigación con el tema “ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL DE UN TRABAJADOR DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE GUARANDA (BOLÍVAR) EN ÉPOCA DE COVID-19” con el fin de poder identificar cual es el nivel de ansiedad que presenta el paciente para que pueda desarrollarse de una mejor manera en su trabajo, por otro lado toda la información recabada ha sido por medio de los instrumentos psicológicos como son, la entrevista, historia clínica y test de ansiedad (Hamilton). Los resultados que se lograron obtener tienen semejanza con la problemática planteada, de esta forma se pudo llegar a un diagnóstico final del paciente que presenta una ansiedad leve, lo que le ha generado problemas para desempeñarse de forma normal, se utilizó un esquema terapéutico para que así el paciente identificado pueda mejorar su condición de vida (31).

- **Autor:** Miguel Restrepo-Martínez, Marcela Escobar, Luz Aida Marina y Diana Restrepo (34).

Título: Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19 (34).

Resumen: Introducción: Afrontar las circunstancias de la vida y el trabajo que la pandemia por COVID19 a impuesto al personal sanitario implica un reto extraordinario: cuidar y atender a otros, exponiéndose a sí mismos al contagio. A médicos, enfermeras, terapeutas y demás personal asistencial y no asistencial en clínicas y hospitales, se les pide estar preparados para trabajar en situaciones extraordinariamente complejas y estresantes, lo que los hace vulnerables a problemas mentales. Objetivo: Determinar la prevalencia y las características clínicas de los síntomas ansiosos y

depresivos del personal que trabaja en una institución de salud en Medellín, Colombia. Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir de una encuesta diseñada al efecto, la cual incluyó 2 escalas para tamizar síntomas depresivos y ansiosos, además de variables sociodemográficas. Resultados: Se incluyó a 1.247 trabajadores de la institución de salud. El 14,6% reportó síntomas depresivos y el 18,5%, ansiosos clínicamente significativos. Se encontró una mayor proporción de síntomas depresivos y ansiosos moderados-graves en la modalidad de trabajo presencial. Conclusiones: Los síntomas ansiosos y depresivos son muy prevalentes entre los trabajadores de una institución de salud de Medellín durante la pandemia de COVID-19. Dado el papel vital del sector salud en tiempos de pandemia, el desarrollo de programas de salud mental que aborden los problemas de esta población debería considerarse una prioridad (34).

4. Hipótesis:

Dado que, la exposición al COVID-19, la alta demanda de pacientes afectados por esta enfermedad y la escasez de personal de salud pueden perjudicar su salud mental

Es probable que, trabajar en un ambiente con estas características, se asocie al desarrollo de ansiedad, depresión e influya en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención.



CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

1. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1.1. Técnicas:

- Escala de Hamilton y Cuestionario de desempeño laboral

1.1.2. Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos, escala de ansiedad y depresión de Hamilton, cuestionario de desempeño laboral.

1.1.3. Materiales:

- Ficha de recolección de datos
- Materiales de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- Cuestionarios Hamilton de ansiedad y de depresión
- Cuestionario de desempeño laboral
- Hojas de consentimiento informado

1.2. Campo de verificación

1.2.1. Ubicación espacial

Arequipa

1.2.2. Ubicación temporal

Abril a Mayo del 2022

1.2.3. Unidades de estudio

Personal de salud

1.2.4. Criterios de inclusión

Personal de salud del primer nivel de atención de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

1.2.5. Criterios de exclusión

- Personal que se encuentre con permiso de licencia

- Fichas llenadas incorrectamente o incompletas
- Personal de salud que sufra trastorno psiquiátrico previo

1.2.6. Muestra

Personal de salud que respondan voluntariamente la encuesta y que cumplan con los criterios de inclusión, 120 personas.

2. Estrategia de Recolección de datos

2.1. Organización

- Se presentará proyecto de investigación a dictaminadores y asesora, una vez aprobado el proyecto se procederá al desarrollo del mismo.
- Se invitará a participar de la investigación a todo aquel personal de salud que cumplan con los criterios de inclusión.
- Se les explicará en qué consiste la investigación, luego se les solicitará aprobar un consentimiento informado y se les invitará a realizar la encuesta.
- Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizarán en bases de datos para su análisis y posterior interpretación.

2.2. Recursos

2.2.1. Humanos

- Investigadoras
- Asesora
- Personal de Salud

2.2.2. Materiales:

- Computador personal con programas de Microsoft Word, Microsoft Excel y software estadístico.
- Encuestas

2.2.3. Financieros:

- Autofinanciado

2.3. Validación del Instrumento

2.3.1. Test de Hamilton para ansiedad

“Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Con la puntuación siguiente: No ansiedad: 0-5, Ansiedad leve: 6 -14 - Ansiedad moderada/grave ≥ 15 ” (35).

“Según Lobo y Chamarro valido las escalas de MADRS para depresión y la de Hamilton para ansiedad en su investigación, donde incluyo a 108 pacientes con TEA y a 106 pacientes con TA en 10 centros de asistencia psiquiátrica. Ambas escalas presentaron una adecuada: a) validez discriminante (MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$); b) validez convergente (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0,05$ y $0,01$, respectivamente; MADRS/HARS-Euro QoL 5D: $p < 0,05$; HARS - State Trait Anxiety Inventory: $p < 0,05$); c) consistencia interna (α de Cronbach: MADRS = $0,88$; HARS = $0,89$); d) fiabilidad test-retest y entre observadores(coeficiente de correlación intraclase: MADRS = $0,94$ y $0,98$, respectivamente; HARS = $0,92$ y $0,92$). Las versiones en español de la MADRS y de la HARS presentan buenas propiedades

psicométricas, similares a las de las escalas originales, por lo que resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica” (37).

2.3.2. Test de Hamilton para depresión:

“La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 items, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 items. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 items, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967. Con la puntuación siguiente: No depresión: 0-7 - Distimia: 8-14 - Depresión moderada/grave ≥ 15 ” (35).

“Torres-Lagunas validó la escala Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) que fue aplicada por enfermeras mediante entrevista a 104 púerperas hospitalizadas con y sin preeclampsia. Para la confiabilidad se aplicó el alfa de Cronbach. La validez fue confirmada por un grupo de expertos y prueba piloto. Se utilizó análisis factorial por los métodos componentes principales, Káiser y Varimax. Este mostro adecuadas propiedades psicométricas en las mujeres púerperas con buena consistencia interna. El estudio reportó un alfa de Cronbach de 0.87, muy similar al indicador de la población en general, que es de 0.8029 , y ligeramente mayor a lo reportado por otros estudios de validación para esta escala, como lo es la población con epilepsia de Italia, que fue de 0.6030 , y la población de Turquía en pacientes deprimidos en la etapa final con enfermedad renal, que fue de 0.6033 , así como la población de pacientes deprimidos mayoritariamente mujeres de 35 y 49 años ~ con trastorno bipolar de Brasil, con características similares en cuanto al sexo y edad de las mujeres púerperas mexicanas de este estudio. En cuanto a la validez, en la HDRS en mujeres púerperas el análisis factorial resultó con 6 factores que representaron el 70.57% de la varianza total, diferente a lo encontrado en 422 pacientes con cáncer terminal, donde la varianza total fue representada por el 42%, con 4 factores” (38).

2.3.3. Cuestionario de autoevaluación del desempeño laboral

Cuestionario diseñado por Valdivia, M. cuyo coeficiente de Kuder Richardson: 0.728 denota alto grado de confiabilidad y consistencia interna. Este instrumento consta de 21 ítems que comprende Conocimientos profesionales: bajo de 0 a 12, regular de 13 a 24 y alto será mayor a 25; Competencias profesionales: bajo de 0 a 13, regular de 14 a 26 y alto será mayor a 27 y por ultimo las Habilidades sociales y actitudes será bajo de 0 a 10, regular de 11 a 20 y alto mayor de 21 (36).

3. CRITERIOS DE MANEJO DE RESULTADOS

3.1. Plan de procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, 2, 3, 4, 5 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación (36).

3.2. Plan de clasificación

Se utilizará una matriz de sistematización de datos en la que se transcriben los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso (36).

3.3. Plan de codificación

Se procederá a la codificación de los datos que contenían los indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos (36).

3.4. Plan de recuento

El recuento de datos será electrónico, en base a la matriz diseñado en la hoja de cálculo (36).

3.5. Plan de tabulación

Se realizarán cuadros o tablas.

3.6. Plan de graficación

Se realizarán barras de comparación.

3.7. Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables

categorías entre grupos realizará mediante la prueba chi cuadrado; la asociación entre variables se establecerá mediante el coeficiente de correlación de Pearson para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 25.0 para Windows.





CAPITULO III RESULTADOS

Tabla N°. 1

Características sociodemográficas del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Sociodemográficos	N°.	%
Edad		
19-29	9	7,5
30-40	37	30,9
41-51	46	38,3
52-68	28	23,3
Genero		
Femenino	89	74,2
Masculino	31	25,8
Estado Civil		
Soltero	51	42,5
Casado	62	51,7
Conviviente	6	5,0
Separado	1	0,8
TOTAL	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 38.3% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre tienen entre 41-51 años, el 74.2% son de sexo femenino, mientras que el 51.7% son casados.

Tabla N°. 2

Características laborales del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Laborales	N°.	%
Ocupación		
Biólogo	4	3,3
Dentista	4	3,3
Enfermera	21	17,5
Int. enfermería	6	5,0
Medico	21	17,5
MVZ	5	4,2
Nutricionista	2	1,7
Obstetra	17	14,2
Odontólogo	3	2,5
Psicólogo	6	5,0
Químico F.	3	2,5
Tec.Enfermería	23	19,2
Trabajador Social	5	4,2
Contrato		
Temporal	46	38,3
Permanente	74	61,7
TOTAL	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que el 19.2% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre son técnicos de enfermería, seguido del 17.5% que son médicos; por otro lado, el 61.7% del personal tiene contrato permanente.

Tabla N°. 3

Características clínicas del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Características clínicas	N°.	%
Diagnostico COVID		
Si	67	55,8
No	53	44,2
Dx COVID familiar		
Si	72	60,0
No	48	40,0
TOTAL	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 3 muestra que el 55.8% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre han tenido COVID mientras que el 60.0% de ellos tienen familiares que fueron diagnosticados con COVID.

Tabla N°. 4

Ansiedad en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

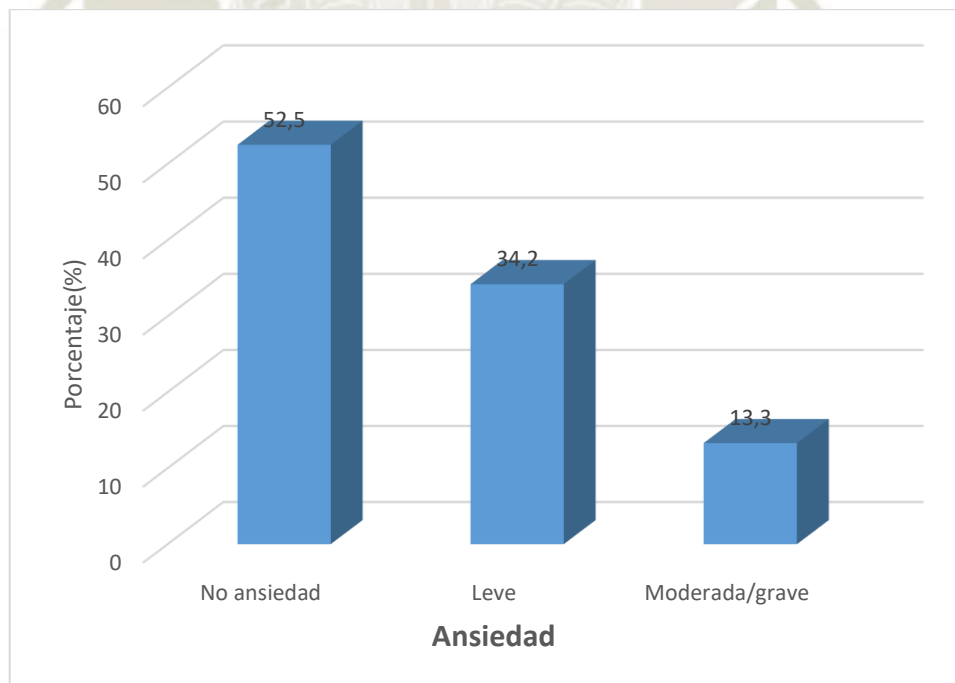
Ansiedad	N°.	%
No ansiedad	63	52,5
Leve	41	34,2
Moderada/grave	16	13,3
TOTAL	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que el 52.5% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre no tienen ansiedad, seguido del 34.2% tienen ansiedad leve, mientras que solo el 13.3% de ellos presentan ansiedad moderada/grave.

Gráfico 1

Ansiedad en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 5

Depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

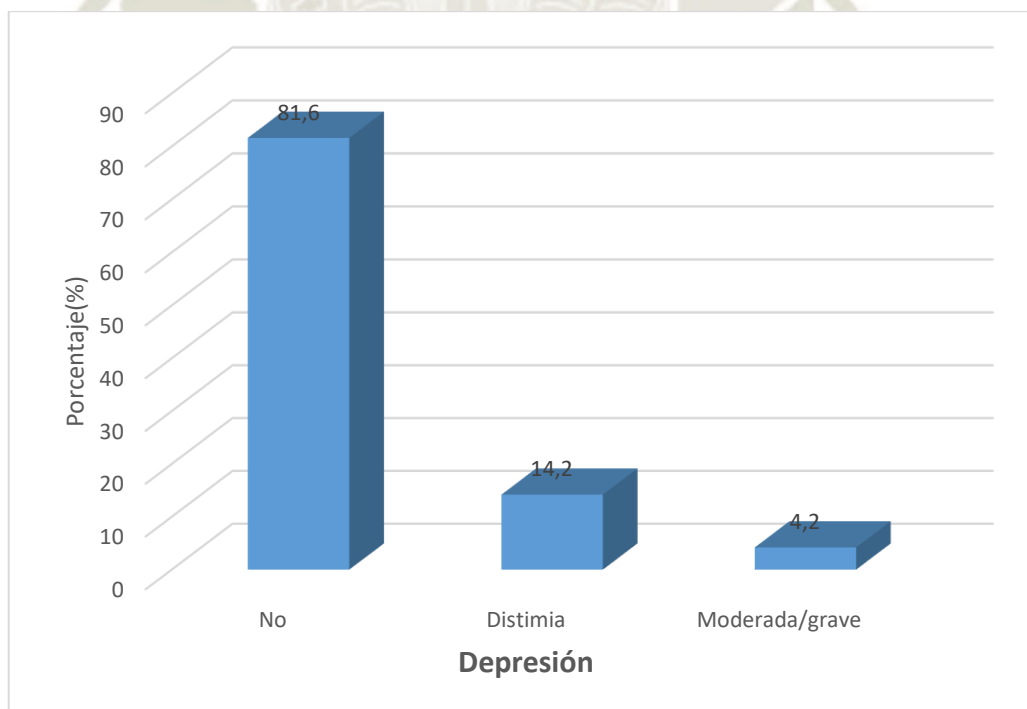
Depresión	N°.	%
No	98	81,6
Distimia	17	14,2
Moderada/grave	5	4,2
TOTAL	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 muestra que el 81.6% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre no tienen depresión, seguido del 14.2% tienen distimia, mientras que solo el 4.2% de ellos presentan depresión moderada/grave.

Gráfico 2

Depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 6

Desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Desempeño laboral	Conocimiento profesional		Competencias profesionales		Habilidades sociales	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
	Bajo	0	0,0	0	0,0	0
Regular	14	11,7	2	1,7	5	4,2
Alto	106	88,3	118	98,3	115	95,8
TOTAL	120	100	120	100	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 6 muestra que el 88.3% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre tienen conocimiento profesional alto, el 98.3% presentan competencias profesionales altas, mientras que el 95.8% tienen habilidades sociales altas.

Gráfico 3

Desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 7

Relación entre la ansiedad en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Desempeño laboral	Ansiedad						X ²	P
	No		Leve		Moderada/grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Conocimiento profesional								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	6	5,0	6	5,0	2	1,7	0.64	0.72
Alto	57	47,5	35	29,2	14	11,7		
Competencias profesionales								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	0	0,0	1	0,8	1	0,8	3.26	0.19
Alto	63	52,5	40	33,3	15	12,5		
Habilidades sociales								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	3	2,5	2	1,7	0	0,0	0.80	0.66
Alto	60	50,0	39	32,5	16	13,3		
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3		

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado muestra que la ansiedad en el desempeño laboral no presenta relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo, se observa que el 47.5% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad presentan conocimiento profesional alto, el 33.3% del personal con ansiedad leve tienen competencias profesionales altas, mientras que el 50.0% del personal sin ansiedad tienen habilidades sociales altas.

Tabla N°. 8

Relación entre la depresión en el desempeño laboral en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Desempeño laboral	Depresión						X ²	P
	No		Distimia		Moderada/grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Conocimiento profesional								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	10	8,3	3	2,5	1	0,8	1.13	0.56
Alto	88	73,3	14	11,7	4	3,3		
Competencias profesionales								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0.45	0.79
Alto	96	80,0	17	14,2	5	4,2		
Habilidades sociales								
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Regular	5	4,2	0	0,0	0	0,0	1.17	0.55
Alto	93	77,5	17	14,2	5	4,2		
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3		

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado muestra que la depresión en el desempeño laboral no presenta relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo, se observa que el 73.3% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen depresión presentan conocimiento profesional alto, el 14.2% del personal con distimia tienen competencias profesionales altas, mientras que el 77.5% del personal sin depresión tienen habilidades sociales altas.

Tabla N°. 9

Relación entre la ansiedad y la depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Depresión	Ansiedad						TOTAL	
	No		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	63	52,5	29	24,2	6	5,0	98	81,7
Distimia	0	0,0	11	9,2	6	5,0	17	14,2
Moderada/grave	0	0,0	1	0,8	4	3,3	5	4,2
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

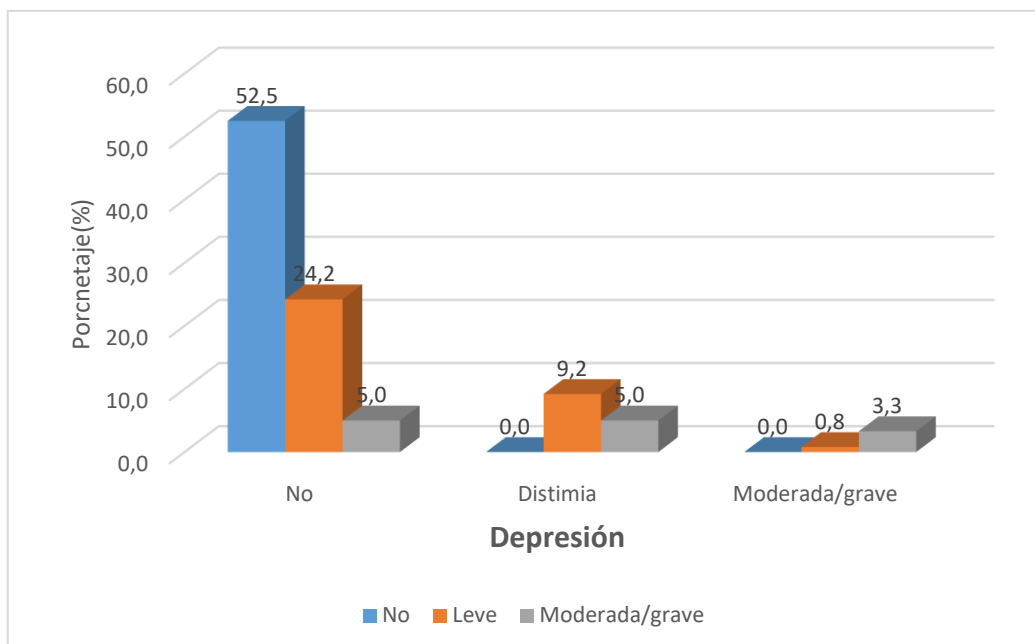
$$X^2=46.31 \quad P<0.05P=0.00$$

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=46.31$) muestra que la ansiedad y la depresión presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 52.5% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad no presentan depresión, mientras que el 9.2% del personal con ansiedad leve tienen distimia.

Gráfico 4

Relación entre la ansiedad y la depresión en el personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 10

Relación entre la ansiedad y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Edad	Ansiedad						TOTAL	
	No		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
19-29	1	0,8	3	2,5	5	4,2	9	7,5
30-40	18	15,0	12	10,0	7	5,8	37	30,8
41-51	26	21,7	18	15,0	2	1,7	46	38,3
52-68	18	15,0	8	6,7	2	1,7	28	23,3
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

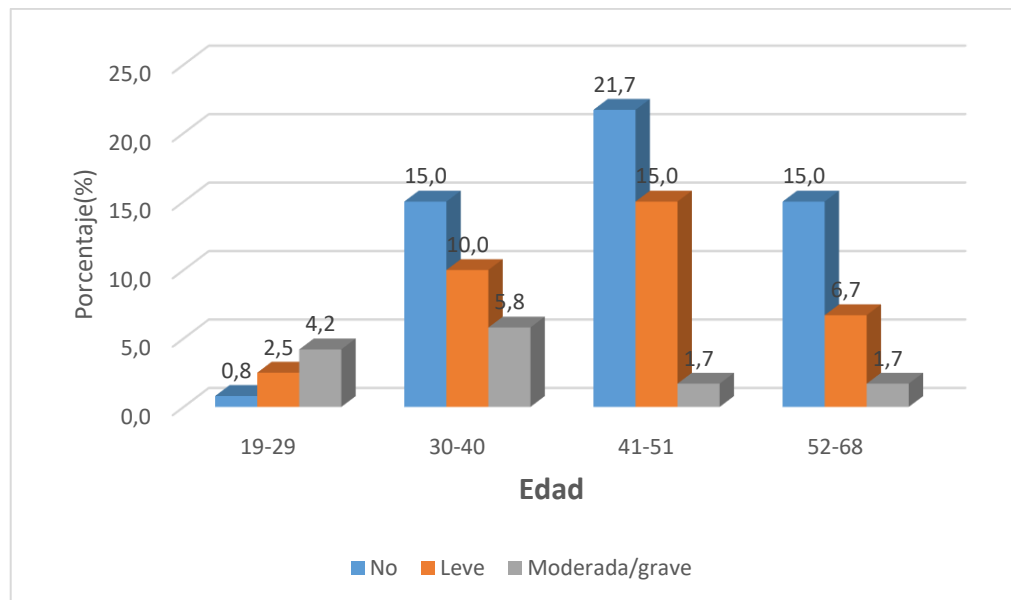
$$X^2=21.03 \quad P<0.05P=0.00$$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=21.03$) muestra que la ansiedad y la edad no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 21.7% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad tienen entre 41-51 años, mientras que el 10.0% del personal con ansiedad leve tienen entre 30-40 años.

Gráfico 5

Relación entre la ansiedad y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 11

Relación entre la ansiedad y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Genero	Ansiedad						TOTAL	
	No		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Femenino	43	35,8	34	28,3	12	10,0	89	74,2
Masculino	20	16,7	7	5,8	4	3,3	31	25,8
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

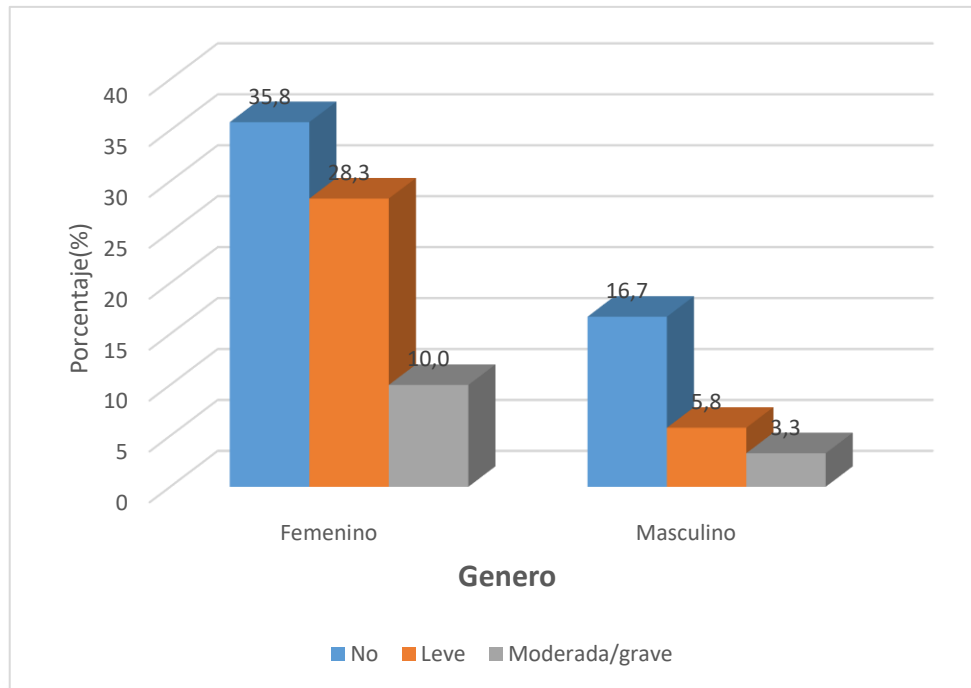
$$X^2=2.79 \quad P>0.05 \quad P=0.24$$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.79$) muestra que la ansiedad y el género no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 35.8% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad son de sexo femenino, mientras que el 5.8% del personal con ansiedad leve son de género masculino.

Gráfico 6

Relación entre la ansiedad y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 12

Relación entre la ansiedad y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Estado civil	Ansiedad						TOTAL	
	No		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Soltero	26	21,7	17	14,2	8	6,7	51	42,5
Casado	34	28,3	22	18,3	6	5,0	62	51,7
Conviviente	2	1,7	2	1,7	2	1,7	6	5,0
Separado	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8
TOTAL	63	52,5	41	34,2	16	13,3	120	100

Fuente: Elaboración Propia.

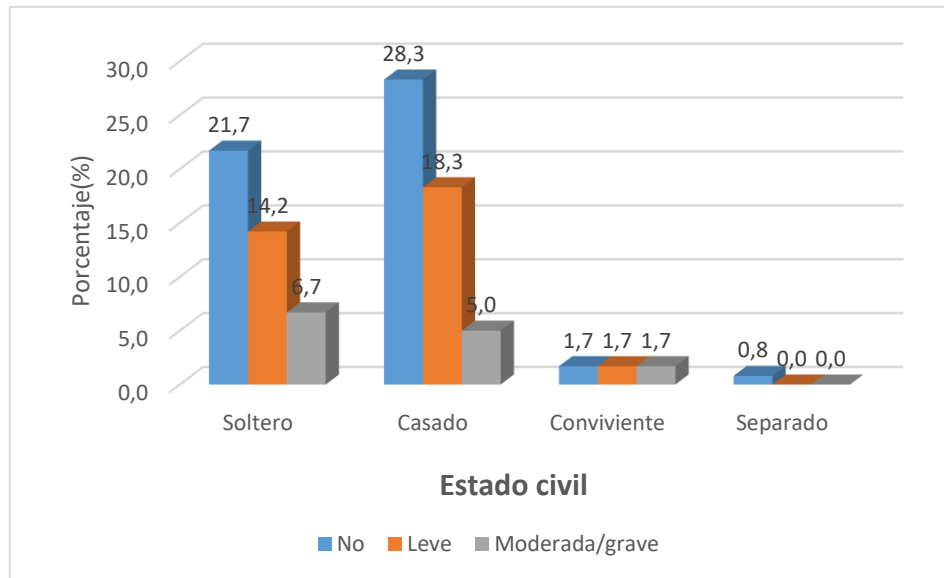
$$X^2=4.08 \quad P>0.05P=0.66$$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.79$) muestra que la ansiedad y el género no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 28.3% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad son casados, mientras que el 14.2% del personal con ansiedad leve son solteros.

Gráfico 7

Relación entre la ansiedad y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.



Tabla N°. 13

Relación entre la depresión y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Edad	Depresión						TOTAL	
	No		Distimia		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
19-29	5	4,2	2	1,7	2	1,7	9	7,5
30-40	29	24,2	6	5,0	2	1,7	37	30,8
41-51	37	30,8	8	6,7	1	0,8	46	38,3
52-68	27	22,5	1	0,8	0	0,0	28	23,3
TOTAL	98	881,7	17	14,2	2	4,2	20	100

Fuente: Elaboración Propia.

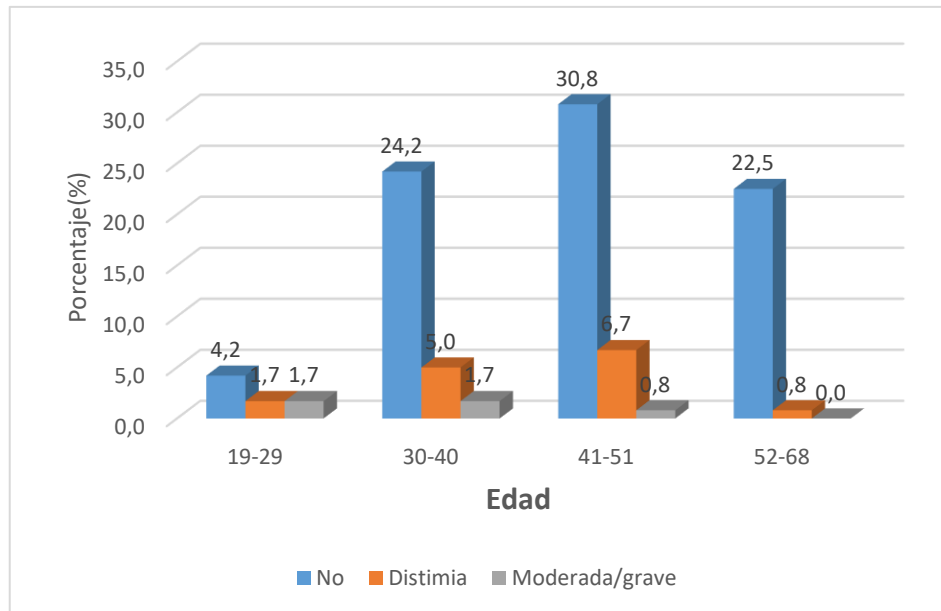
$$X^2=13.41 \quad P<0.05P=0.03$$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.41$) muestra que la depresión y la edad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 30.8% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen depresión tienen entre 41-51 años, mientras que el 5.0% del personal con distimia tienen entre 30-40 años.

Gráfico 8

Relación entre la depresión y la edad del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 14

Relación entre la depresión y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Genero	Depresión						TOTAL	
	No		Distimia		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Femenino	68	56,7	16	13,3	5	4,2	89	74,2
Masculino	30	25,0	1	0,8	0	0,0	31	25,8
TOTAL	98	881,7	17	14,2	2	4,2	20	100

Fuente: Elaboración Propia.

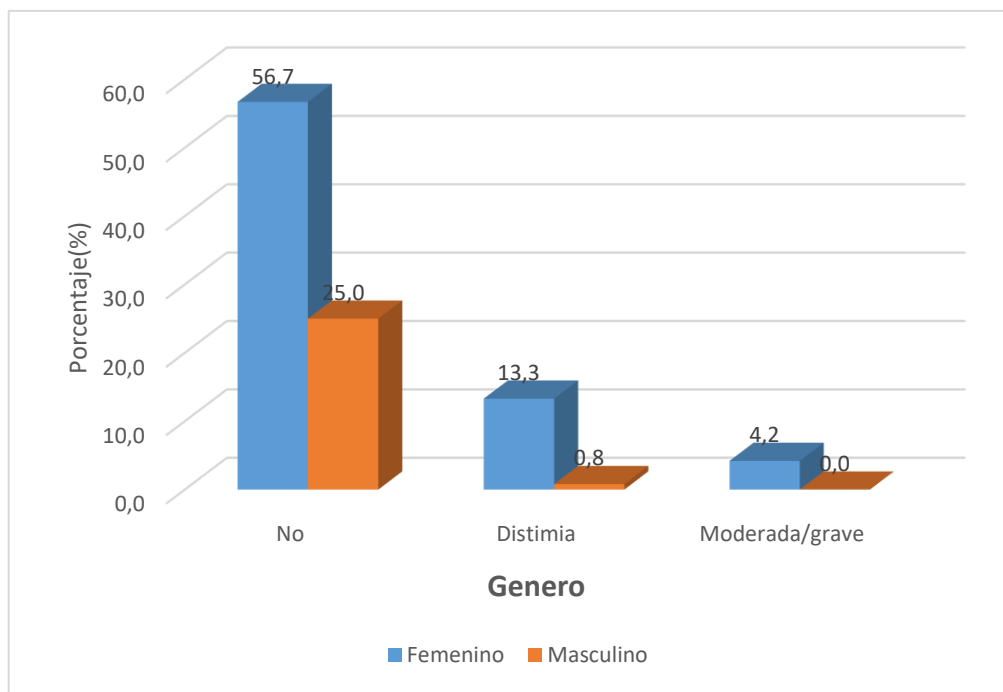
$$X^2=6.44 \quad P<0.05 \quad P=0.04$$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.44$) muestra que la depresión y el género presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 56.7% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen depresión son de sexo femenino, mientras que el 0.8% del personal con distimia son de género masculino.

Gráfico 9

Relación entre la depresión y el género del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 15

Relación entre la depresión y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022

Estado civil	Depresión						TOTAL	
	No		Distimia		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Soltero	44	36,7	6	5,0	1	0,8	51	42,5
Casado	50	41,7	9	7,5	3	2,5	62	51,7
Conviviente	3	2,5	2	1,7	1	0,8	6	5,0
Separado	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8
TOTAL	98	881,7	17	14,2	2	4,2	20	100

Fuente: Elaboración Propia.

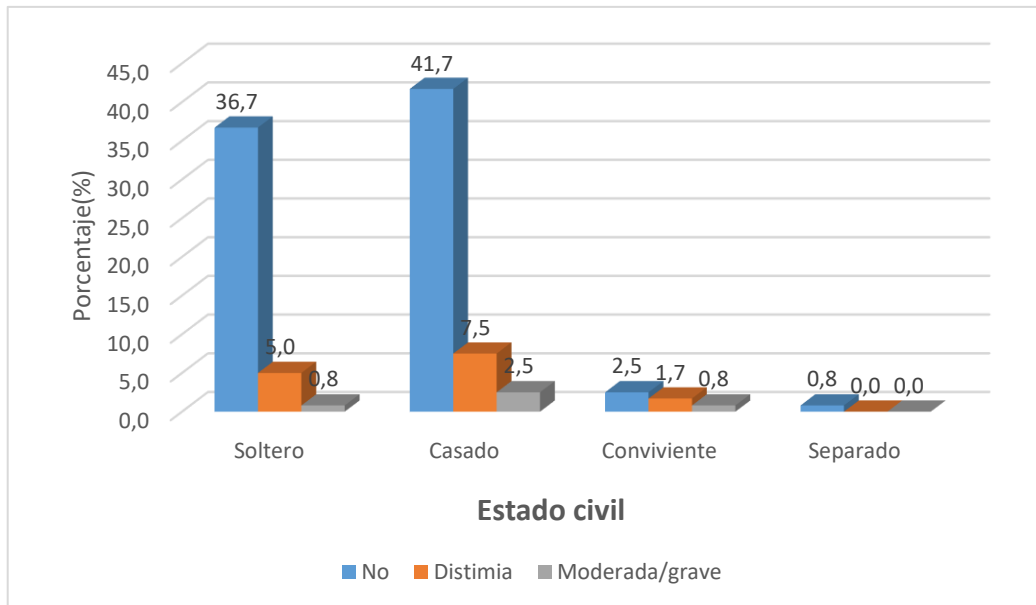
$$X^2=4.08 \quad P>0.05 \quad P=0.66$$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.08$) muestra que la depresión y el estado civil no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 41.7% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 que no tienen depresión son casados, mientras que el 1.7% del personal con distimia son convivientes.

Gráfico 10

Relación entre la depresión y el estado civil del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración Propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar el impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022. Se desarrolló esta 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 las características sociodemográficas el 38.3% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre tienen entre 41-051 años, el 74.2% son de sexo femenino, mientras que el 51.7% son casados.

El 52.5% del personal de salud no tienen ansiedad, seguido del 34.2% tienen ansiedad leve, mientras que solo el 13.3% de ellos presentan ansiedad moderada/grave. El 81.6% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 no tienen depresión, seguido del 14.2% tienen distimia, mientras que solo el 4.2% de ellos presentan depresión moderada/grave. Resultados similares se observó según Gonzalo Espinoza-Ascurra y colaboradores en su investigación en la que obtuvo 91.2% del personal de salud no presentan depresión y solo un 8.8% presentan depresión (32). Así mismo Miguel Restrepo-Martínez y colaboradores, en su investigación reportó un 14,6% con síntomas depresivos y el 18,5%, ansiosos clínicamente significativos (34). Se encontró una mayor proporción de síntomas depresivos y ansiosos moderados-graves en la modalidad de trabajo presencial. Estos resultados discrepan con los encontrados por Ana Reyna Calla Choque, Yolanda Edith Roque Contreras quienes obtuvieron que los niveles de ansiedad obtenidos predominan la marcada a severa 41,5%; normal 33,9%; mínima moderada 22,9% y grado máximo 1,75%; así mismo el desempeño laboral deficiente fue del 72%; y nivel regular 28% (29). De igual forma en el estudio de Patricia Ximena Siu Oporto se encontró una prevalencia de 40% de ansiedad y de un 30.4 % en depresión en el personal de salud del primer nivel de atención (33). Resultados similares los obtuvo Karen Paola Cárdenas Paredes en su investigación en la que obtuvo que se obtuvo semejanza con la problemática planteada, de esta forma se pudo llegar a un diagnóstico final del paciente que presenta una ansiedad leve, lo que le ha generado problemas para desempeñarse de forma normal, se utilizó un esquema terapéutico para que así el paciente identificado pueda mejorar su condición de vida (31).

En cuanto al desempeño laboral el 88.3% del personal de salud tienen conocimiento personal alto, el 98.3% presentan competencias profesionales altas, mientras que el 95.8% tienen habilidades sociales altas.

Según la prueba de chi cuadrado muestra que la ansiedad y depresión en el desempeño laboral no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$). El 47.5% del personal de salud que no tienen ansiedad presentan conocimiento personal alto, el 33.3% del personal con ansiedad leve tienen competencias profesionales altas, mientras que el 50.0% del personal sin ansiedad tienen habilidades sociales altas. El 73.3% del personal de salud que no tienen depresión presentan conocimiento personal alto, el 14.2% del personal con distimia tienen competencias profesionales altas, mientras que el 77.5% del personal sin depresión tienen habilidades sociales altas. Estos resultados no coinciden con lo hallados por Lidia Carolina Cayllahua Ancco Gregorio Ccacyavilca Consa quienes en una investigación similar concluyeron que si existe una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.00$; $p < 0.05$) entre ansiedad y desempeño laboral. Al evaluar el nivel de ansiedad el mayor porcentaje de docentes no presentan ansiedad y por otro parte se obtuvo un nivel alto en desempeño laboral (30).

Mientras que, si coincidimos con Ana Reyna Calla Choque, Yolanda Edith Roque Contreras quienes obtuvieron quienes demostraron que se identificó que la ansiedad no impacta en el desempeño laboral del personal del Hospital Militar Geriátrico Chorrillos- Lima, 2021 (25).

La ansiedad y la depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$).

El 52.5% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre que no tienen ansiedad no presentan depresión, mientras que el 9.2% del personal con ansiedad leve tienen distimia.

La ansiedad solo presentó relación estadística significativa con la edad ($P < 0.05$) el 21.7% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 no tienen ansiedad tienen entre 41-51 años, mientras que el 10.0% del personal con ansiedad leve tienen entre 30-40 años.

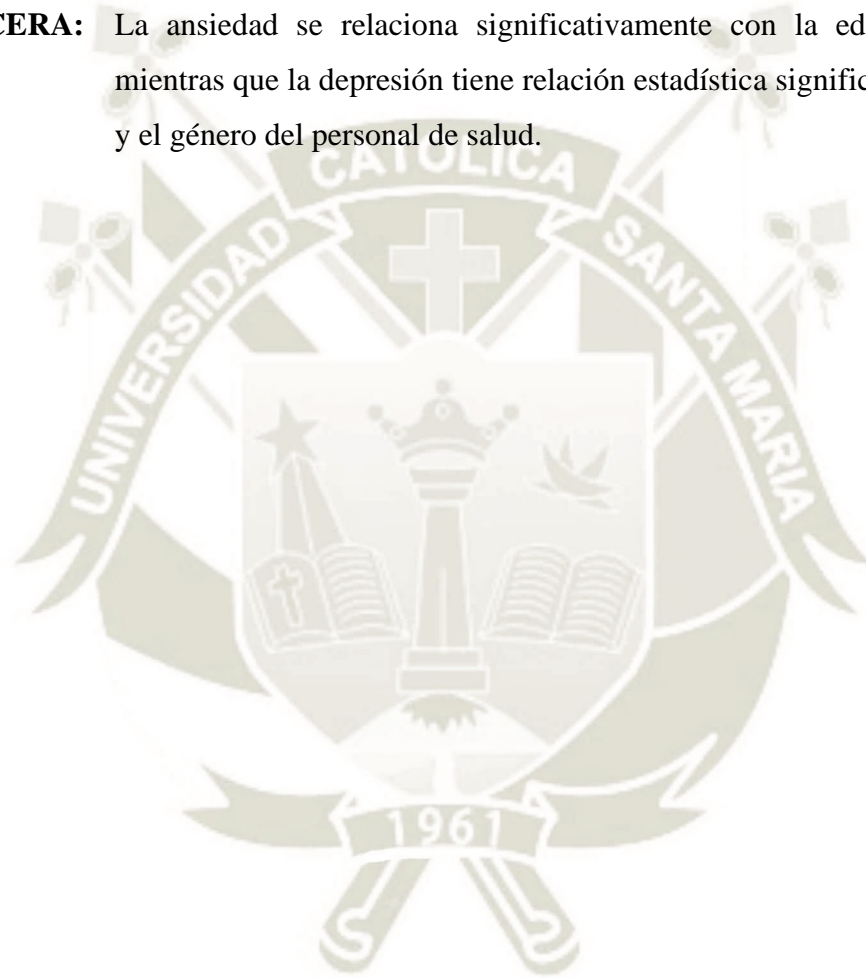
La depresión se relaciona significativamente con la edad y el género; el 30.8% del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 que no tienen depresión tienen entre 41-51 años, mientras que el 5.0% del personal con distimia

tienen entre 30-40 años. El 56.7% del personal de salud que no tienen depresión son de sexo femenino, mientras que el 0.8% del personal con distimia son de género masculino.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se estableció que la ansiedad y depresión no presento un impacto sobre el desempeño laboral del personal de salud.
- SEGUNDA:** La ansiedad y la depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$). Aproximadamente un 10% del personal de salud con ansiedad leve tienen distimia.
- TERCERA:** La ansiedad se relaciona significativamente con la edad del personal; mientras que la depresión tiene relación estadística significativa con la edad y el género del personal de salud.



RECOMENDACIONES

1. Es primordial tener en cuenta la salud mental del personal de salud del PNA, pues su labor suele llevarlos al agotamiento físico y mental, por la alta demanda de pacientes y ser el punto de encuentro más directo que tiene la población con el sistema de salud.
2. A las autoridades, destinar presupuesto para cubrir programas de vigilancia sobre la salud mental como ansiedad y depresión del personal de salud del PNA, que suele estar muchas veces olvidado.
3. A la Jefa de la Microred de Salud de Alto Selva Alegre, implementar planes estratégicos y programas de prevención como seguimiento periódico y así captar prontamente o vigilar los trastornos psiquiátricos que se puedan presentar en el personal de salud del PNA.
4. Conservar el nivel de desempeño laboral en el personal de salud del PNA de la Microred de Salud de Alto Selva Alegre y ayudar paulatinamente en la realización de las metas profesionales de los trabajadores, para motivarlos y mantener el desempeño laboral con un panorama claro y positivo en el éxito profesional.
5. Se propone realizar más trabajos de investigación sobre el impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del PNA, ya que la correlación entre estas variables no presentó relación estadística significativa ($p > 0.05$).

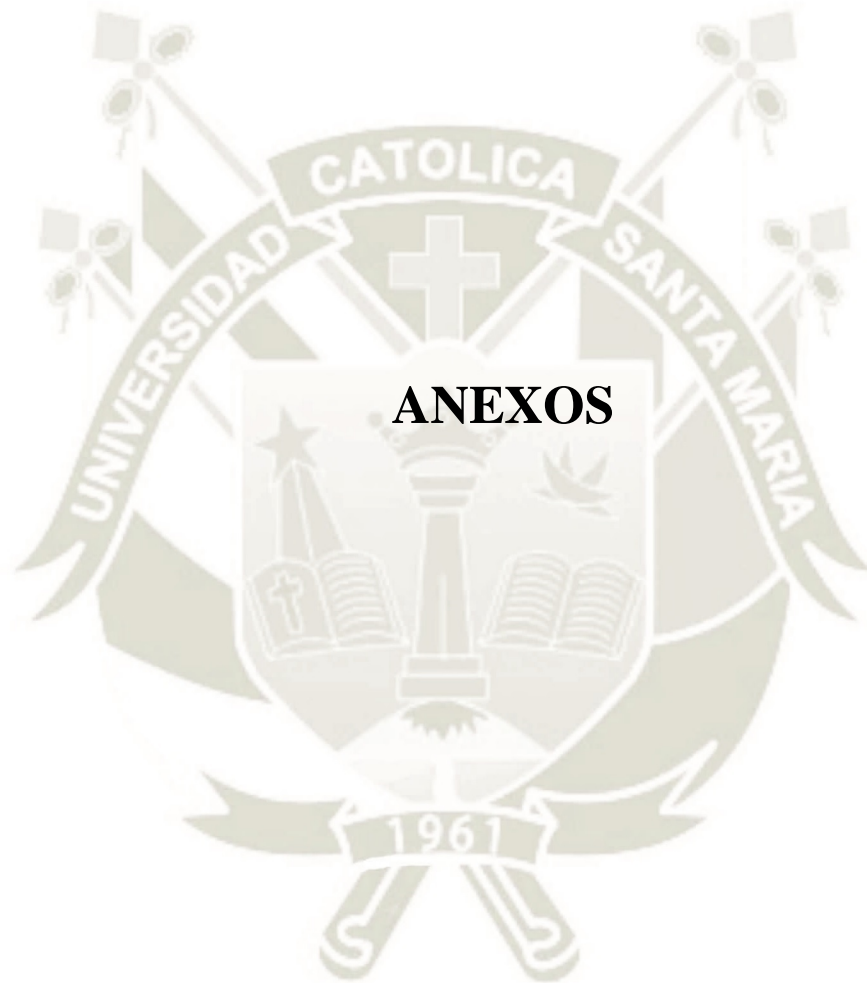
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pan American Health Organization (PAHO). Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Paho.org. [citado el 3 de mayo de 2022]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
2. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 19 de marzo de 2022, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022
3. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.). 2016. Editorial Médica Panamericana.
4. Reyes Marrero y Portugal Fernández del Rivero. Trastornos de ansiedad. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Medicine. 2019;12(84):4911-7
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p. 4997.
6. Cedillo I, B. C. I. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista electrónica de psicología de Iztacala, 2017. Vol 20(No 1), 243–247
7. Asher GN, Gerkin J, Gaynes BN. Terapias complementarias para trastornos de salud mental. Med Clin North Am. 2017 Sep;101(5):847-864. doi: 10.1016/j.mcna.2017.04.004. Epub 2017 Jun 20. PMID: 28802467.
8. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. 2020.
9. Navas Orozco y Vargas Baldares. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604) 497-507, 2012.
10. López, A. El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. 2012;21(3):1-2.
11. Timothy M Scarella. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. Psychosomatic Medicine. 2019 Enero; 81(5)
12. Chacón Delgado, D. Xatruch De la Cera, M. Fernández Lara, R. Murillo Arias. Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. Revista Cúpula 2021; 35 (1): 23-36.

13. DeMartini. Generalized Anxiety Disorder. In The Clinic. 2019 Abril; 170(7)
14. Valero U., Jhoan M. , Palmar G., Rafael S., Competencias y desempeño laboral de los gerentes en los institutos autónomos dependientes de la Alcaldía del municipio Mara del estado Zulia. Espacios Públicos [Internet]. 2014;17(39):159-188. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67630574009>
15. Pérez Montejo. Evaluación del desempeño laboral. UPIICSA XVII,VII,50-51- 2009.
16. Chiavenato, Idalberto. Administración de Recursos Humanos, México, Mc Graw Hill, 2ª edición. 2001.
17. Bohlander, Sherman Administración de Recursos Humanos, México, D.F., 4ª Edición. 2003.
18. Davis, Keith. Administración de Personal. México, D.F., 4ª Edición. 2001.
19. World Health Organization. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 13 de abril de 2022]. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
20. Consaludmental.org. [citado el 3 de mayo de 2022]. 2020. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
21. Calleja C. Depresión. Farm prof (Internet) [Internet]. 2006 [citado el 13 de abril de 2022];20(9):62–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacía-profesional-3-articulo-depresion-13094210>
22. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.). 2016. Editorial Médica Panamericana.
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Apa.org. [citado el 13 de abril de 2022]. 2020. Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
24. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019. [citado el 13 de abril de 2022];6(6):CD001026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31158298/>
25. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(12):e610. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>

26. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev Medica Hered [Internet]. 2020. [citado el 19 de abril de 2022];31(2):125–31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000200125
27. Lossio J. Covid-19 in Peru: state and social responses. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 2021 [citado el 19 de abril de 2022];28(2):581–5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Jm4F4MvZ6DHyT5jKvvdLShy/>
28. Reisman AB. Arequipa, a un mes de que decretaran su intervención por el descontrol del Covid-19 [Internet]. France 24. 2020 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200818-peru-arequipa-intervencion-gobierno-crisis-sanitaria>
29. Calla Choque AR, Roque Contreras YE. “Impacto de la ansiedad en el desempeño laboral en el contexto de la pandemia COVID-19, del personal del hospital militar geriátrico chorrillos. Lima, 2021.” 2021 [cited 2022 Apr 19]; Available from: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1351>
30. Cayllahua Ancco LC, Ccacyavilca Consa G. Ansiedad y desempeño laboral en docentes del centro preuniversitario durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Arequipa 2020. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
31. Cárdenas, K. Ansiedad y su influencia en el desempeño laboral de un trabajador del hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda (bolívar) en época de la de COVID19. [Tesis de grado]. [Universidad Técnica de Babahoyo]. 2020. 68 <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8913/E-UTBFCJSE-PSCLIN-000340.pdf?sequence=1&isAllowed=>
32. Espinoza-Ascurra G, et al. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. Rev Colomb Psiquiat. 2022.
33. Siu Oporto Patricia Ximena. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y no médico del Primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID19 de la red Camaná, Caravelí, Arequipa 2021.

34. Restrepo-Martínez M, et al. Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiat.* 2021.
35. Soto A, César J, Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia. 2020. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
36. Valdivia, C. Clima organizacional en el desempeño laboral del personal. In *Lexus* (Vol. 4, Issue None). Universidad Nacional de Trujillo. 2014
37. Lobo, A. Chamorro, L. Luque, A. Dal-Ré, R. Badia, X. Baró, E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad, *Medicina Clínica*, Volumen 118, Issue 13, 2002
38. Torres-Lagunas, M., Vega-Morales, E., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria.* 2015;12(3):122-133
39. Bunk, Gerhard. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista europea de formación profesional*, 1994, no 1, p. 8-14.
40. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55
41. Antonio Lobo, Lorenzo Chamorro, Antonio Luque, Rafael Dal-Ré, Xavier Badia, Eva Baró, Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad, *Medicina Clínica*, Volúmen 118, Issue 13, 2002,
42. Laurencio, Fiorella. Estrés laboral y desempeño profesional de cirujanos dentistas en la región Lambayeque, 2020.[Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer la “Impacto de ansiedad y depresión en el desempeño laboral del personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022”.

Participación voluntaria

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

Procedimientos

1. Se le aplicará 2 escalas: Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de depresión de Hamilton y 1 Cuestionario de desempeño laboral.
2. La información obtenida será procesada para relacionar factores asociados al impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No hay riesgos identificados en este estudio, la prueba que se aplicará es confiable y segura, las entrevistas que se les hará, tiene una duración de 8 min.

Costos

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

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer el impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022.

Y si usted desea se le enviarán sus resultados personales.

Confidencialidad

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

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.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- EDAD: ____ años
- SEXO: Femenino () Masculino ()
- ESTADO CIVIL:
 - Soltero ()
 - Casado ()
 - Conviviente ()
 - Separado ()
 - Viudo ()
- OCUPACIÓN: _____
- TIPO DE CONTRATO:
 - Temporal ()
 - Permanente ()
- Tiempo dedicado al trabajo en horas:
- ¿Tiene alguna patología psiquiátrica diagnosticada?
 - ✓ Si su respuesta es **SI** , especifique cual: _____
 - ✓ ¿Recibe tratamiento? **SI** () **NO** ()
- ¿Ha sido diagnosticado(a) de Covid-19 anteriormente?
SI () **NO** ()
- ¿Algún familiar suyo ha sido diagnosticado(a) de Covid-19 anteriormente?
SI () **NO** ()

Fuente: Valdivia (2014)

ANEXO 3
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
1.Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa) , irritabilidad.	0	1	2	3	4
2.Tensión: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3.Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4.Insomnia: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5.Intelectual (cognitivo): Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.Estado de ánimo deprimido: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7.Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8.Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.Síntomas respiratorios. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10.Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13.Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14.Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Fuente: Soto & César, (35)

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

1. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ ()

0	Ausente
1	actitud melancólica: el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.
2	llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...
3	llanto frecuente (o ganas), introversión, rumiaciones depresivas, pérdida del gusto por las cosas

2. SENTIMIENTOS DE CULPA _____ ()

0	Ausente
1	Autorreproches, teme haber decepcionado a la gente
2	Ideas de culpabilidad, sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención
3	La enfermedad actual es un castigo, meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado, merece lo que padece

3. SUICIDIO _____ ()

0	Ausente
1	La vida no vale la pena vivirla
2	Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir
3	Ideas o amenazas suicidas

4. INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ ()

0	Ausente
1	Tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)
2	Tarda en dormir entre media y una hora (3 o más noches/semana)

5. INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ ()

0	Ausente
1	Está inquieto durante la noche, si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)
2	Está inquieto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar) o necesidad de fumar o leer tras desprenderse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana)

6. INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ ()

0	Ausente
1	Se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes, <3 días por semana)
2	Se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ ()

0	Ausente
---	---------

1	Ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinga de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.
2	Falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
3	Evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades, descenso de su eficacia y /o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/ días a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8. INHIBICION _____ ()

0	Ausente
1	Ligera inhibición durante la entrevista, sentimientos ligeramente embotados, facies inexpressivas.
2	Evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
3	Entrevista difícil y prolongada, lentitud de movimientos al caminar
4	Estupor depresivo completo, entrevista imposible.

9. AGITACIÓN _____ ()

0	Ausente
1	Mueve los pies, juega con las manos o con los cabellos.
2	Se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla, se retuerce las manos, se muerde los labios, se tira de los cabellos, mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...
3	No puede estarse quieto durante la entrevista, se levanta de la silla.
4	La entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa o arrancándose los cabellos, el paciente parece desconcertado y "desatado".

10. ANSIEDAD PSÍQUICA _____ ()

0	Ausente
1	Tensión subjetiva e irritabilidad.
2	Tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
3	Actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.
4	Crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11. ANSIEDAD SOMÁTICA _____ ()

0	Ausente
1	Un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
2	Varios síntomas de distintos sistemas.

3	Múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
4	Numerosos sistemas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ ()

0	Ausente
1	Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo, sensación de pesadez en el abdomen.
2	Pérdida de apetito, no come, aunque se le estimule o precisa de gran estímulo para comer, precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ ()

0	Ausente
1	Fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos.
2	Fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14. SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ ()

0	Ausente
1	Descenso de la libido, actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
2	Pérdida completa de apetito sexual, impotencia o frigidez funcional.

15. HIPOCONDRIA _____ ()

0	Ausente
1	Preocupado de sí mismo (corporalmente).
2	Preocupado por su salud.
3	Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
4	Ideas hipocondriacas delirantes.

16. PERDIDA DE INTROSPECCION _____ ()

0	Ausente
1	Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.
2	Niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17. PERDIDA DE PESO _____ ()

0	Ausente
1	Probable pérdida de peso asociada a enfermedad actual, pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año(sin dieta).
2	Pérdida de peso definida según el enfermo, pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año(sin dieta).

PUNTUACION TOTAL _____ ()

Fuente: Soto & César, (35)

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE DESEMPEÑO LABORAL

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
CONOCIMIENTOS PROFESIONALES					
1. Utilidad de las guías de práctica clínica y normas técnicas para sus procedimientos.					
2. Tolerancia a las críticas constructivas y/o correcciones de sus procedimientos					
3. Conocimientos de las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de los procedimientos					
4. Conocimientos de las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de los procedimientos					
5. Participación en capacitaciones y cursos de actualización					
6. Registro de sus procedimientos en los documentos normativos					
7. Mantenimiento de orden durante sus procedimientos					
COMPETENCIAS PROFESIONALES					
1. Demostración de interés y respeto a sus compañeros de trabajo					
2. Asistencia a sus compañeros, colegas en sus actividades					
3. Unión en el trabajo de grupo y desarrollan las actividades encomendadas					
4. Demostración tranquilidad durante situaciones complejas y/o tensas					
5. Demostraciones de comunicación asertiva					
6. Colaboración en situaciones ajenas a las labores de trabajo					
7. Demostración de atención a las necesidades del resto del equipo					
8. Utilización de técnicas de relajación en momentos de estrés					
HABILIDADES SOCIALES Y ACTITUDES					
1. Puntualidad en presentar sus trabajos o responsabilidades					
2. Asistencia puntual a sus reuniones de trabajo					
3. Comunicación con la debida anticipación de ocasionales faltas y/o tardanzas					
4. Presentación de la documentación pertinente para justificar eventuales faltas o tardanzas					
5. Conclusión con anticipación sus actividades para evitar dejarlas pendientes					
6. Comunicación de sus trabajos pendientes en forma verbal y por escrito a sus compañeros en instancias pertinentes.					

Baremo de conversión Desempeño Laboral

	Conocimientos profesionales	Competencias profesionales	Habilidades sociales y actitudes
BAJO	0 a 12	0 a 13	0 a 10
REGULAR	13 a 24	14 a 26	11 a 20
ALTO	Mayor a 25	Mayor de 27	Mayor de 21

Fuente: Valdivia, (36)

ANEXO 6

MATERIAS DE DATOS

ID	Edad	Sexo	Ecivil	Ocupación	Contrato	DxCOVID	Dxfamiliar	Ansiedad	Depresión	Conocimientoproesionales	Competenciasprofesionales	Habilidadesociales
1	30-40	Femenino	Soltero	Enfermera	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
2	52-68	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
3	52-68	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
4	52-68	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
5	52-68	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
6	52-68	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
7	30-40	Femenino	Soltero	Enfermera	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Regular	Alto	Regular
8	30-40	Masculino	Soltero	Enfermera	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
9	30-40	Femenino	Soltero	Enfermera	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
10	30-40	Femenino	Soltero	Enfermera	Temporal	No	No	Leve	No	Alto	Alto	Alto
11	30-40	Femenino	Soltero	Psicologa	Temporal	Si	Si	Leve	Distimia	Regular	Alto	Alto
12	41-51	Femenino	Casado	Psicologa	Permanente	No	No	Moderada/grave	Distimia	Alto	Alto	Alto
13	52-68	Femenino	Casado	Psicologa	Temporal	No	No	Moderada/grave	No	Alto	Alto	Alto
14	52-68	Femenino	Soltero	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
15	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	No	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
16	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
17	41-51	Masculino	Casado	Obstetra	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
18	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
19	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
20	41-51	Femenino	Soltero	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
21	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
22	52-68	Masculino	Casado	Medico	Permanente	Si	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
23	30-40	Masculino	Casado	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
24	41-51	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
25	30-40	Femenino	Casado	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
26	30-40	Femenino	Casado	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto

27	41-51	Femenino	Casado	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
28	41-51	Femenino	Casado	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
29	41-51	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	No	No	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
30	41-51	Masculino	Soltero	Medico	Permanente	No	No	Leve	No	Alto	Alto	Alto
31	41-51	Masculino	Casado	Medico	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
32	30-40	Masculino	Soltero	MVZ	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Regular	Alto	Alto
33	30-40	Masculino	Soltero	MVZ	Temporal	No	No	Moderada/grave	Distimia	Alto	Alto	Alto
34	52-68	Masculino	Casado	MVZ	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Regular	Alto	Alto
35	30-40	Femenino	Casado	Odontologo	Temporal	No	Si	Leve	No	Alto	Alto	Regular
36	30-40	Masculino	Soltero	Odontologo	Temporal	No	No	Moderada/grave	No	Alto	Alto	Alto
37	52-68	Masculino	Casado	Odontologo	Temporal	No	No	Moderada/grave	No	Regular	Regular	Alto
38	41-51	Femenino	Soltero	Nutricionista	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
39	41-51	Femenino	Soltero	Nutricionista	Permanente	Si	Si	Leve	No	Regular	Alto	Alto
40	30-40	Masculino	Soltero	QF	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
41	52-68	Masculino	Casado	QF	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
42	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	Si	Si	Moderada/grave	Distimia	Alto	Alto	Alto
43	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	No	No	Moderada/grave	Distimia	Alto	Alto	Alto
44	41-51	Femenino	Soltero	Biologo	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
45	52-68	Femenino	Casado	Biologo	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
46	30-40	Femenino	Conviviente	TS	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Regular	Alto	Alto
47	30-40	Femenino	Casado	TS	Permanente	No	No	Moderada/grave	Distimia	Regular	Alto	Alto
48	30-40	Masculino	Soltero	TS	Temporal	No	No	Moderada/grave	No	Alto	Alto	Alto
49	41-51	Femenino	Soltero	TS	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
50	30-40	Femenino	Casado	TS	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
51	19-29	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	Si	No	Leve	Moderada/grave	Regular	Alto	Alto
52	52-68	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	Si	No	Leve	Distimia	Regular	Alto	Alto
53	41-51	Masculino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
54	41-51	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Regular	Alto	Alto
55	30-40	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
56	30-40	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto

57	30-40	Masculino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
58	30-40	Masculino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
59	30-40	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
60	30-40	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
61	30-40	Femenino	Conviviente	Enfermera	Permanente	Si	Si	Moderada/grave	Moderada/grave	Alto	Alto	Alto
62	30-40	Femenino	Casado	Enfermera	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
63	41-51	Femenino	Conviviente	Enfermera	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
64	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	No	Si	No ansiedad	No	Regular	Alto	Alto
65	52-68	Femenino	Soltero	Obstetra	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
66	52-68	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
67	52-68	Femenino	Soltero	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
68	41-51	Masculino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	No	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
69	41-51	Masculino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	No	No	Leve	No	Alto	Alto	Alto
70	30-40	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
71	41-51	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Permanente	No	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
72	41-51	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
73	52-68	Masculino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
74	41-51	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	Si	Si	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
75	41-51	Masculino	Casado	MVZ	Temporal	Si	No	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
76	41-51	Masculino	Casado	MVZ	Permanente	No	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
77	52-68	Masculino	Casado	Dentista	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
78	52-68	Masculino	Soltero	Biologo	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
79	19-29	Femenino	Soltero	Psicologa	Temporal	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
80	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	Si	Si	Moderada/grave	Moderada/grave	Alto	Alto	Alto
81	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	No	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
82	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	Si	Si	Moderada/grave	No	Alto	Alto	Alto
83	41-51	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
84	41-51	Femenino	Conviviente	Enfermera	Permanente	No	Si	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
85	41-51	Femenino	Soltero	Enfermera	Permanente	No	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
86	30-40	Femenino	Soltero	Enfermera	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto

87	41-51	Femenino	Soltero	Enfermera	Permanente	No	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
88	41-51	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
89	30-40	Femenino	Conviviente	Enfermera	Permanente	Si	Si	Moderada/grave	Distimia	Alto	Alto	Alto
90	41-51	Femenino	Casado	Enfermera	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
91	52-68	Femenino	Soltero	Obstetra	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
92	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
93	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
94	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
95	41-51	Femenino	Casado	Obstetra	Permanente	Si	Si	Moderada/grave	Moderada/grave	Alto	Alto	Alto
96	41-51	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
97	41-51	Masculino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
98	41-51	Masculino	Conviviente	Tec.Enfermería	Permanente	No	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
99	52-68	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
100	30-40	Femenino	Soltero	Tec.Enfermería	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Regular
101	30-40	Femenino	Casado	Tec.Enfermería	Temporal	Si	Si	Moderada/grave	Moderada/grave	Alto	Alto	Alto
102	19-29	Femenino	Soltero	Int enfermería	Temporal	Si	Si	Moderada/grave	No	Alto	Alto	Alto
103	52-68	Femenino	Casado	Psicologa	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
104	52-68	Femenino	Casado	Psicologa	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
105	41-51	Femenino	Casado	Biologo	Temporal	Si	Si	Leve	Distimia	Alto	Alto	Alto
106	52-68	Femenino	Casado	Dentista	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
107	52-68	Masculino	Soltero	Dentista	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
108	30-40	Femenino	Soltero	Dentista	Temporal	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
109	30-40	Femenino	Soltero	QF	Temporal	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
110	52-68	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
111	41-51	Masculino	Separado	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
112	30-40	Masculino	Soltero	Medico	Temporal	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Regular
113	52-68	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
114	30-40	Femenino	Casado	Medico	Permanente	Si	Si	Leve	No	Regular	Regular	Regular
115	52-68	Masculino	Casado	Medico	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
116	30-40	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	Si	Si	Leve	No	Regular	Alto	Alto

117	19-29	Femenino	Casado	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto
118	30-40	Femenino	Soltero	Medico	Permanente	Si	Si	Leve	No	Alto	Alto	Alto
119	41-51	Femenino	Casado	Medico	Permanente	Si	No	Leve	No	Alto	Alto	Alto
120	41-51	Masculino	Casado	Medico	Permanente	Si	Si	No ansiedad	No	Alto	Alto	Alto



ANEXO 6 OFICIOS



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Arequipa, 21 de Abril del 2022

OFICIO N° 0068-2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.ASA.J.

Señoras (itas):
Katherine Milagros Vargas López
Aliety Alcira Machicao Salcedo

Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración

Tengo a bien dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y, al mismo tiempo dar respuesta a la solicitud presentada por las investigadoras Katherine Milagros Vargas López con DNI N° 47379187 y Aliety Alcira Machicao Salcedo con DNI N° 71848711.

La Jefatura de la Micro Red Alto Selva Alegre otorga **AUTORIZACIÓN** para realizar el Trabajo de Investigación con título "Impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022", en la Micro Red Alto Selva Alegre (C.S. Alto Selva Alegre, C.S. Independencia, C.S. Apurímac, P.S. Héroes del Cenepa, P.S. Leones del Misti y P.S. San Juan Bautista), debiendo de dejar el resultado final del trabajo de investigación en la Micro Red Alto Selva Alegre.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración y aprecio personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED SELVA ALEGRE


Dra. Maria Elena Flores Carpio
C.M.P. 34086
JEFE MICRO RED

MEFC/eimq
c.c. archivo
Folios (01)

AREQUIPA SOMOS TODOS

MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
Av. España N° 301 Alto Selva Alegre
T. 054-266688
Email: mraltoselvaalegre@saludarequipa.gob.pe

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

SRA

DRA MARIELENA FLORES CARPIO

JEFA DE LA MICRORED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE

Presente

Asunto: Realización de trabajo de investigación en los Establecimientos de Salud de la Microred de Alto Selva Alegre

Yo Katherine Milagros Vargas López, identificada con DNI 47379187 y Aliety Alcira Machicao Salcedo identificada con DNI 71848711, bachilleres de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

De nuestra mayor consideración:

Por intermedio de la presente, reciba usted nuestro mas cordial saludo, de esta manera exponerle que nos encontramos realizando nuestro trabajo de tesis con título "Impacto de la ansiedad y depresión en el desempeño laboral en personal de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID 19 de la Microred de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2022"., para optar el titulo de medico cirujano, para lo cual requerimos recolectar datos por medio de encuestas.

Por tal motivo, solicitamos se nos permita ingresar a los ambientes de los Establecimientos de Salud que usted dignamente dirige, con EPPS y protocolos correspondientes que la coyuntura actual amerita, durante el mes de Abril del presente año, para recabar dichos datos.

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

Quedo de usted.

MICRORED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE	
21 ABR. 2022	
Hora: 12:30	Folio: 1
Reg.:	Firma:

Arequipa, 20 de Abril del 2022

Atentamente:


Katherine Milagros Vargas López
DNI 47379187


Aliety Alcira Machicao Salcedo
DNI 71848711