

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



**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**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Siu Oporto Patricia Ximena**

para optar el Título Profesional de

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dra. Agueda Muñoz del Carpio  
Toia**

**Arequipa- Perú**

**2021**

## DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

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

Arequipa, 21 de Mayo del 2021

**Dictamen: 003762-C-EPMH-2021**

Visto el borrador del expediente 003762, presentado por:

**2014240742 - SIU OPORTO PATRICIA XIMENA**

Titulado:

**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**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1147 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN  
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**2071 - LLERENA VELARDE MARLENY ISABEL  
DICTAMINADOR**

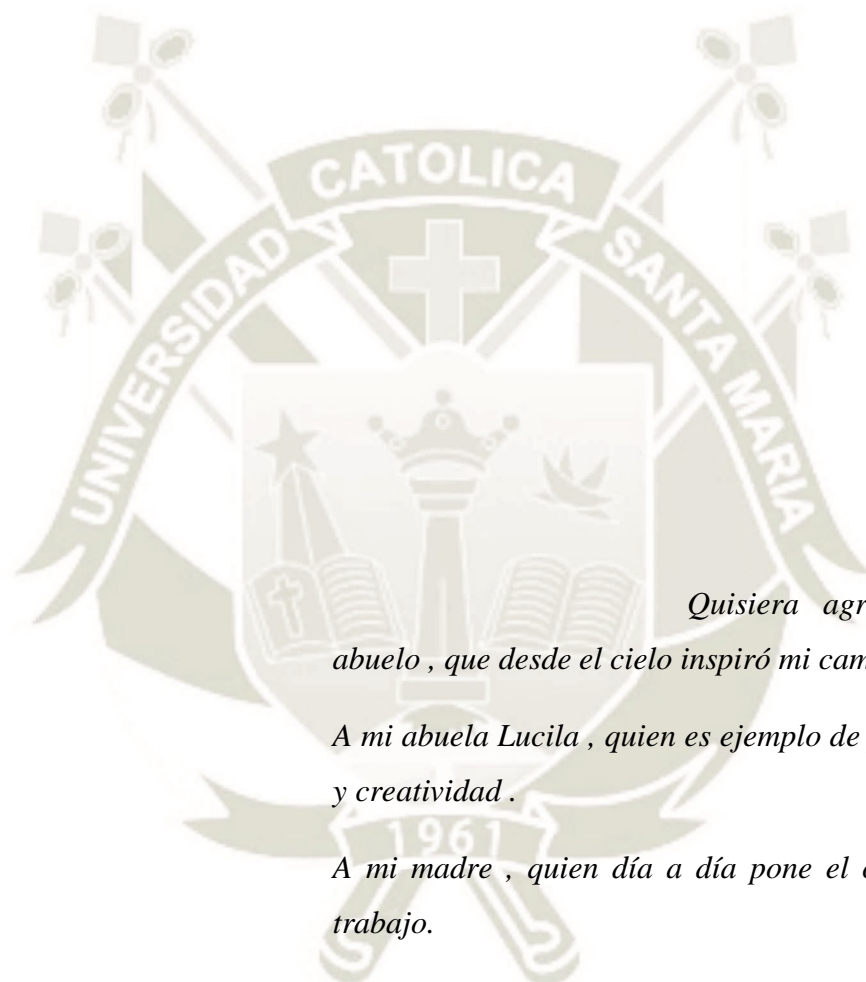


## Dedicatoria

*A mi familia , quienes siempre estuvieron a mi lado , quienes me apoyaron ante las dificultades , y a quienes debo haber llegado tan lejos.*



## *Agradecimiento*



*Quisiera agradecer a mi  
abuelo , que desde el cielo inspiró mi camino .*

*A mi abuela Lucila , quien es ejemplo de perseverancia  
y creatividad .*

*A mi madre , quien día a día pone el corazón en su  
trabajo.*

*A mi tío , que es como un hermano para mí*

## 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 realizo 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

Palabras Clave: Ansiedad , Depresión , COVID-19 , Primer Nivel de Atención

## ABSTRACT

Due to the new national reality, the objective of this project was to determine the prevalence of anxiety and depression in medical and non-medical personnel of the first level of care in the context of the COVID 19 pandemic of the Camaná Caravelí network, Arequipa 2021. For which the Hamilton Anxiety Scale and the Hamilton Depression Scale were used. Statistics were performed with the SPSS Statics program, with which the Chi-square test was performed to demonstrate statistical association. For which 55 people were surveyed, of which 10 were medical personnel and 45 non-medical personnel.

A prevalence of 40% for anxiety (Table 4.) and 30.4% (Table 5.) for depression was found in health personnel at the first level of care. The prevalence of anxiety and depression only in medical personnel was found in 6.7% of the total mild depression according to the Hamilton scale (Table 9), while anxiety in medical personnel represented 33.3% within the item of mild anxiety, not finding cases of moderate / severe anxiety within them. In the relationship between job occupation and levels of anxiety and depression, the Chi-square test was performed, obtaining a value of  $p = 0.106$  in terms of the relationship of levels of anxiety and occupation of the participants and the value of  $p = 0.151$  in terms of level of depression related to occupation

However, since the P values are greater than 0.05, a correct statistical association cannot be established. It is important to take into account the mental health of workers, whether they are part of the medical and non-medical personnel, as their hard work often leads to mental and physical exhaustion.

Key Words: Anxiety , Depression , COVID-19 , Primary health care

## INTRODUCCIÓN

En el 2019 , la enfermedad por coronavirus ( COVID 19) fue declarada como una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Para Abril del 2020 , había afectado a más de 140 países e infectado cerca de 2 millones de habitantes (1). Esto genero una mayor afluencia de pacientes en los sistemas de salud a nivel mundial , llevando a un desequilibrio entre la cantidad ofertada de médicos y la cantidad de pacientes.

El personal en primera línea soporta una mayor presión laboral por el aumento de pacientes ,y además es expuesto a un mayor riesgo de infección (2). Esto genera una creciente carga física y mental en este personal , por lo cual se elevaron sus niveles de ansiedad y depresión , tanto en el personal médico como no médico , lo cual fue estudiado en un inicio en personal de salud de regiones asiáticas , en donde comenzó esta pandemia. Debido a esto la incidencia de ansiedad y depresión es alta entre el personal de salud durante el brote de COVID-19, encontrándose una prevalencia de ansiedad en 44,6% , y depresión de 50,4%. Tomando en cuenta el estigma en torno a los trastornos de salud mental, muchos miembros del personal de salud no se muestran dispuestos a buscar ayuda psicológica profesional (3).

El principal factor de riesgo para enfermedades psiquiátricas es el constructo estrés , en especial un estado prolongado, en el cual se es más propenso a la depresión u otras trastornos mentales, lo que también aumenta el riesgo para infectarse (2). Añadido a esto la sobrecarga laboral , así como el deficiente acceso a equipos personales de protección , conlleva a un mayor riesgo del personal de salud en cuanto a su salud mental , o incluso esto significa un riesgo incrementado de contraer COVID 19. Dada el panorama desconocido a inicio de la pandemia, la escasez de equipos personales de protección , los entornos clínicos ajenos al habitual y el aislamiento del ámbito familiar, el personal de salud cuenta con un mayor riesgo de aparición o exacerbaciones de trastornos de salud mental (4).

Es por esto que , encuentro necesario realizar este estudio en personal de salud del primer nivel de atención de nuestra comunidad , y tomando en cuenta el estigma que aun tienen muchas personas sobre las enfermedades mentales , existe una mayor probabilidad de poseer algún trastorno y dejarlo sin la debida atención.

## ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
Dedicatoria.....	iii
<i>Agradecimiento</i> .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	- 9 -
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	- 10 -
2. OBJETIVOS .....	- 12 -
3. MARCO TEÓRICO .....	- 13 -
4. HIPOTESIS .....	- 30 -
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	- 31 -
5. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	- 32 -
CAPITULO III RESULTADOS .....	- 36 -
RESULTADOS .....	- 37 -
VARIABLES DEPENDIENTES .....	- 40 -
DISCUSIÓN.....	- 48 -
CONCLUSIONES.....	- 50 -
RECOMENDACIONES .....	- 51 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	- 52 -
ANEXOS .....	- 57 -



# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1.1. Problema de Investigación

#### 1.1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es 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?

#### 1.1.2. Descripción del problema

##### 1.1.2.1. Área del conocimiento

- 1.1.2.1.1. Área general: Ciencias de la Salud
- 1.1.2.1.2. Área Específica: Medicina Humana
- 1.1.2.1.3. Especialidad: Psiquiatría
- 1.1.2.1.4. Línea: Riesgos psicosociales en el trabajo

### 1.1.2.2. Interrogantes básicas

- 1.1.2.2.1. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 1.1.2.2.2. ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 1.1.2.2.3. ¿Cuáles son las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 1.1.2.2.4. ¿Cuáles son las características laborales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?

### 1.1.2.3. Tipo de investigación

Analítico - Correlacional

### 1.1.2.4. Diseño de investigación

Estudio Observacional, transversal

### 1.1.2.5. Nivel de investigación

Correlacional

## 1.2. Justificación del problema

### Justificación científica:

El estudio propuesto tiene una justificación científica, ya que durante el brote de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), el aumento de la presión laboral conduce a un estado emocional negativo en el personal de salud, tal cual muestran diversos estudios, en especial en China donde inicio el brote de COVID-19 (3).

**Justificación social:**

El estudio propuesto tiene una justificación social debido a que el COVID 19 desde su brote inicial en la región de Wuhan China , ha cambiado el mundo como lo conocemos , dándole paso a un aumento en la necesidad de personal de salud , muchas veces sobrecargando al personal ya contratado, y por lo tanto aumentando la carga física y emocional en los trabajadores de salud ; esto se ve reflejado en su salud mental , muchas veces siendo infravalorado tanto por el mismo personal , como sus superiores.

**Factibilidad:**

Así mismo, el estudio es factible de ejecutarlo gracias a que existen antecedentes de estudios similares a nivel internacional, en donde se toma importancia a la salud mental de los trabajadores en el contexto de la pandemia COVID 19 .

**Justificación personal:**

En cuanto a la motivación personal, observé a lo largo de mis estudios, como no se suele dar prioridad la salud mental de los trabajadores en el primer nivel de atención, muchas veces sobrecargando al personal de salud ya existente , debido ha que se da prioridad a enfermedades en un ámbito más físico que mental ; debido a esto encuentro importante establecer los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia COVID 19. Además espero que este estudio sirva como referencia en cuanto a salud mental en el primer nivel de atención.

**2. OBJETIVOS**

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

**2.1 Objetivos Específicos**

- Establecer 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
- Demostrar si existe diferencia entre 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
- Determinar cuáles son los factores sociales y laborales asociados a 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

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 COVID 19

##### 3.1.1 Definición:

La familia de los coronavirus son ARN los cuales poseen una gran variedad de huéspedes naturales afectando diversos sistemas. Estos causan enfermedades en humanos desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el SARS. El SARS-CoV-2 ha provocado una pandemia a nivel mundial, la cual no ha sido controlado por completo hasta la fecha, pese a los grandes esfuerzos para combatir al virus. El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) le ha determinado como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) porque se determinó la asociación del coronavirus y el síndrome respiratorio agudo severo (5). “El SARS-CoV-2 es un miembro del orden Nidovirales, familia Coronaviridae, subfamilia Orthocoronavirinae. Los géneros Alphacoronavirus y Betacoronavirus se originan en murciélagos, mientras que Gammacoronavirus y Deltacoronavirus han evolucionado a partir de acervos genéticos de aves y cerdos” (5).

Desde su descubrimiento en 1960 , los virus que poseen una corona proteica en su estructura son denominados como coronavirus , la cual les proporciona una mayor capacidad infectiva. Usando secuencias de los virus se rastreo su origen en animales .El síndrome respiratorio agudo severo es denominado (SARS) , el coronavirus que lo causa entonces toma el nombre de (SARS-CoV) , este surgió en el año 2002, mientras que el coronavirus que causa el síndrome respiratorio de Medio Oriente se denomina (MERS-CoV) , el cual apareció alrededor del año 2012 ; en conjunto ambos son responsables por la mayor tasa de infectividad y llegando a ser mortales en el caso de lactantes , adultos mayores y pacientes inmunocomprometidos. Se conoce además que coronavirus como HCoV-NL63 , HCoV-229E , HCoV-HKU1 y HCoV-OC43 , generan un cuadro más leve , similar a un resfrío común (6).

### **3.1.2 Epidemiología internacional y nacional**

El COVID-19 ha tenido una gran propagación, llegando a convertirse en una crisis sanitaria a nivel mundial. Este comenzó a mediados de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China . A finales de enero del 2020 habían 7734 casos reportados en China .Además aparecieron nuevos casos en países como Taiwán, Tailandia, Sri Lanka, Nepal, Japón, Singapur, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, India y Canadá.

Uno de los países más afectados durante la primera ola de la pandemia con 110574 casos fue Italia , junto a esto presento una de las más altas tasas de mortalidad por COVID-19 con 13155 muertes a inicios de Abril. Las personas infectadas con SARS - CoV - 2 producen una gran cantidad de virus en el tracto respiratorio superior incluso cuando son asintomáticos, esto sumado a que continúan realizando sus actividades rutinarias , aumento los niveles de propagación de la enfermedad ,

además la transmisión de persona a persona se da por aerosol (gotitas), contacto cercano e inclusive transmisión fecal - oral (5).

Todo esto inicia en la ciudad de Wuhan en China, más específicamente en un mercado pesquero, donde se vendían diversos productos animales y vegetales. En siguientes estudios se encontró que el virus probablemente origen de muricelagos, de forma a similar a gatos y camélidos, los cuales son reservorios de SARS-CoV y MERS-CoV (6).

La Organización Mundial de la Salud, declaró al COVID 19 como una pandemia el día 11 de marzo de 2020, ya que el número de casos se elevó en 112 países ajenos a China. Esta pandemia llega al Perú con el primer caso, el cual había viajado a Europa días anteriores, esto ocurre el día 5 de marzo del 2020 (7). Ante esto, el presidente de turno Martín Vizcarra declara el Estado de Emergencia el día 16 de Marzo de 2020 (8).

Actualmente en el Perú, tenemos 1 775 062 casos positivos, de los cuales 60 416 han fallecido; en Arequipa la cifra de contagios es 71 592, de los cuales 2 386 son defunciones; esto según la sala de salud situacional COVID 19 del Ministerio de Salud (9).

### **3.1.3 Manifestaciones clínicas :**

El SARS-CoV-2 afecta a todas las edades sin discriminación, siendo la media alrededor de los 50 años. Pese a esto el cuadro clínico varía con la edad. Por ejemplo hombres mayores de 60 años que presenten comorbilidades poseen una mayor probabilidad de padecer una enfermedad respiratoria grave que requiriendo en muchos casos la hospitalización, llegando a veces a la muerte, en cambio jóvenes y niños suelen tener enfermedades leves o ser asintomático. Se ha encontrado que el riesgo de infección no es mayor en gestantes. La clínica más frecuente incluye tos seca, fatiga y fiebre. En cambio la clínica más rara abarca desde náuseas y vómitos, esputo, diarrea, anorexia, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor de pecho,

hemoptisis y escalofríos, esto principalmente en la población china. Trastornos del olfato y del gusto, se encuentran entre la clínica reportada por pacientes italianos. Tras un período de incubación que abarca entre 1 a 14 días, es que se suele presentar sintomatología, y en caso de presentar una clínica más severa, esta suele aparecer dentro de aproximadamente 8 días, caracterizada principalmente por disnea y llegando incluso neumonía (10).

“La clasificación clínica de cuatro estadios de casos probables de COVID-19: leve (síntomas respiratorios altos sin neumonía), moderado (neumonía leve sin insuficiencia respiratoria aguda ni respuesta inflamatoria), severo (neumonía con insuficiencia respiratoria aguda, inflamación o hipercoagulabilidad) y crítico (con criterio de intubación y ventilación invasiva, choque o falla multiorgánica) propuesta en Wuhan se ajusta a las formas clínicas que hemos visto y, sobre todo, organiza el tratamiento sin necesidad de requerir pruebas de diagnóstico” (11).

Complicaciones:

- Incluso al poco tiempo de la aparición de la disnea, puede aparecer un síndrome de distress respiratorio agudo, en pacientes graves (12).
- La presencia de una respuesta inflamatoria abundante lo cual conlleva a la aparición de fiebre y la elevación de citocinas proinflamatorias, dímero D, y ferritina, orienta a pensar en un cuadro crítico con elevada mortalidad (12).
- También es importante considerar la posible aparición de un Síndrome de Guillaume Barré, días después del inicio de los síntomas. En niños incluso se ha observado reacciones multisistémicos similares a la enfermedad de Kawasaki (12).

#### 3.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico de un caso de COVID-19 se basa primordialmente en el correcto uso de la historia clínica , prestando atención a la evolución de la sintomatología. Un paciente sintomatología de COVID-19 , que presente sintomatología respiratoria sin causa aparente es considerado como un caso sospechoso. Aun mas si el paciente tiene un antecedente epidemiológico de haber tenido un contacto cercano con un caso ya sea sospechoso o confirmado dentro de las últimas 2 semanas, también si es que el paciente tuvo residencia o ha realizado un viaje dentro de las ultimas 2 semanas (13).

En la actualidad la detección de COVID19 se realiza de 2 formas: una detección del ARN viral o mediante inmunología detectando anticuerpos virales o antígenos. Comúnmente se usa la detección de ARN viral además de PCR en tiempo real. Existen pruebas usadas para una detección rápida de antígenos de SARS - CoV - 2., las cuales han sido aprobadas por la OMS (2 pruebas rápidas) y la FDA (siete pruebas rápidas) . Para el diagnóstico de COVID - 19 se pueden usa las pruebas que detecten antígenos ,así como la PCR en tiempo real, incluso permitiendo evaluar la respuesta inmune humoral para determinar infección actual y anterior (14).

En el Perú , según la guía para prevención ,diagnostico y tratamiento de casos de COVID 19 , se recomienda el uso de pruebas rápidas IgM/IgG como método de tamizaje en la población , entre estos aquellos que poseen un riesgo mayor de infección tales como trabajadores de salud , o casos que hayan tenido contacto cercano con un caso confirmado. En caso de obtener una prueba reactiva se realiza aislamiento y manejo correspondiente a la clínica del paciente ; caso contrario dependiendo si el paciente presenta clínica moderada o severa ,o se trate de un caso leve con factores de riesgo ,se procederá a realizarse una prueba molecular RT-PCR ( en especial en casos sospechosos de contacto y personal de salud) (15).

### 3.1.5 Tratamiento

En cuanto al tratamiento de infecciones leves y moderadas, es básica una buena nutrición, hidratación control de la sintomatología como tos y fiebre . Aquellos que padezcan de un COVID grave o pacientes críticos con insuficiencia respiratoria, es requerida hospitalización. En ellos se indica el uso oxígeno de alto flujo a través de una máscara, u otros métodos no invasivos , y de ser muy grave la ventilación mecánica. Como último recurso existe la técnica de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Incluso se puede llegar a requerir antifúngicos y antibióticos. Se encontró evidencia que el uso corticosteroides a dosis bajas en pacientes críticamente enfermos con infección por SARS - CoV - 2 puede ser beneficiosal. Enfoques de terapia inmunológica incluyen inhibición de entrada y la interrupción de la replicación. Con el fin de lograr una respuesta inflamatoria no excesiva se puede usar vacunas e incluso plasma convaleciente (PC) (14).

Entre la terapia farmacológica usada en el tratamiento de COVID-19 , podemos encontrar antivirales usados para el tratamiento de la influenza como umifenovir , favipavir, oseltamivir; antirretrovirales como azvudina , ritonavir, lopinavir, o el remdesivir , que en anterioridad ha sido utilizado para el tratamiento de ébola. Entre otros encontramos a la azitromicina como una posible terapia , y el uso de antipalúdicos como terapia antibiótica . también es posible el uso terapias inmunomoduladoras como inhibidores de interleucina como tociizumab , o el uso de dexametasona en pacientes con un cuadro grave (16).

## 3.2 DEPRESIÓN:

### 3.2.1 Definición :

La depresión es un trastorno mental que conlleva a un riesgo de por vida alrededor del 15%, a gran parte de la población (17). Caracterizado por presentar de “tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de

culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (18).

Es necesario la presenta de sintomatología depresiva durante un periodo mínimo de 2 semanas para definir un episodio , un periodo superior a 2 años , se define como distimia . La depresión en su estado mas grave puede llegar incluso suicidio. puede En su forma más grave, puede conducir al suicidio (19).

### **3.2.2 Epidemiología**

A nivel mundial la depresión afecta cerca de 300 millones de habitantes (20). Anualmente se han encontrado cifras de 7% en varones y al 12% en damas estadounidenses. Mientras que en Japón las cifras llegan al 25,6% en varones y el 29,5% en damas (21).

En el Perú encontramos que el trastorno de salud mental que representa una mayor carga es la depresión unipolar, causando una pérdida de 224 535 AVISAS (3,9% del total), lo cual equivale a 7,5 años perdidos cada 1000 personas, formando parte de la discapacidad de la población. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM) muestran que alrededor del 20,7% de la población mayor de 12 años sufre de alguna enfermedad mental. Según esto las zonas urbanas de Iquitos, Pucallpa, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado y Ayacucho , son aquellas con mayor porcentaje de población afectada. Mientras que en las zonas rurales encontramos una prevalencia del 10,4%, teniendo mayor prevalencia en la región de Lima (22).

### **3.2.3 Diagnóstico**

En relación al diagnóstico de depresión mayor, más de cinco de la siguiente sintomatología debe haber estado presente por un periodo mínimo de 2 semanas, y uno debe ser un estado de tristeza o anhedonia:

- “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día

- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnía
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse” (23).

#### 3.2.4 Tratamiento

La APA (American Psychological Association) sugiere que para el tratamiento inicial de la depresión :

En primer instancia el uso psicoterapia o el uso de un antidepresivo de segunda generación. Siendo no recomendado la monoterapia. No obstante , existe la opción de terapia cognitivo-conductual (TCC) sumado a antidepresivo de segunda generación (24).

Pese a que no esta recomendado el uso de benzodicepinas en combinación con la terapia antidepresiva , existe evidencia que al reducen la sintomatología mediante un uso durante un máximo de 4 semanas , sin embargo también aumentan la posibilidad de tener efectos adversos (25).

En aquellos pacientes , en quienes se encuentre necesario el uso de terapia farmacológica de inicio , se suele iniciar con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) . existiendo como alternativa antidepresivos atípicos , moduladores de serotonina , entre otros. El uso de inhibidores de la monoaminoxidasa y

antidepresivos tricíclicos suelen no estar recomendados como terapia de inicio , debido a los efectos secundarios de estos. Por ello al iniciar una terapia antidepresiva se utilizan dosis bajas , con el fin de minimizar los efectos adversos . Se suele observar una mejoría en la clínica al cabo de 2 semanas , y en general se suele esperar por una mejoría durante 6 a 12 semanas (26).

### **3.3 ANSIEDAD**

#### **3.3.1 Definición**

Se define ansiedad como una sensación o de malos presagios ,terror e inquietud, la cual suele presentarse muchas veces en conjunto con un trastorno depresivo. Esta asociación suele dificultar su tratamiento por parte de los profesionales de salud , incluso llegando a ignorar la asociación o presencia de ambas , al momento de realizar su diagnóstico y tratamiento (22).

Dentro de los trastornos de ansiedad podemos encontrar al trastorno de ansiedad generalizada , crisis de pánico , fobias específicas , entre otros , muchos de los cuales son tratados de manera ambulatoria , y por ende tienden a recibir una menor cantidad de tiempo de atención por parte del personal médico (27).

#### **3.3.2 Epidemiología**

Los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, el trastorno de ansiedad y las fobias específicas forman parte de las enfermedades mentales más frecuentes , asociados a un gran carga de enfermedad y costos de atención . Se ha encontrado que cerca del 33,7% de todos los habitantes padece de un trastorno de ansiedad. Así mismo muchas veces no hay un correcto diagnóstico y

tratamiento de estas enfermedades. La prevalencia de ansiedad varía entre los distintos países, ya sea por factores sociodemográficos, estas cifras pueden verse alteradas incluso variaciones en las técnicas de investigación. Es un trastorno que cuenta con una cronicidad en la vida del paciente; sin embargo a mayor edad, se encuentra una menor prevalencia de la misma. En su gran mayoría suelen estar asociados a otros trastornos mentales, más frecuentemente a la depresión (27). En la ciudad de Lima, las cifras de ansiedad llegan al 10.4 % de la población, según el EESM (28).

### 3.3.3 Diagnóstico

Para diagnosticar un trastorno de ansiedad se utilizan criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5).

Los pacientes suelen presentar preocupación y ansiedad excesiva acerca de diversas situaciones y actividades. Estas preocupaciones son difíciles de controlar presentando esta clínica por un periodo mínimo de 6 meses. Estas preocupaciones se deben asociar a por lo menos tres de los siguientes ítems:

- “Agitación o nerviosismo
- Facilidad para fatigarse
- Dificultades para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastornos del sueño” (29).

### 3.3.4 Tratamiento

Para el tratamiento de ansiedad tenemos desde métodos psicológicos hasta terapia farmacológica. Se debe dar una correcta educación al paciente en cuanto a su padecimiento, siendo importante recalcar

cuanto tiempo pasar antes de notar una mejoría clínica en su sintomatología , factores agravantes , la tolerabilidad del tratamiento y los signos de recaída (30).

Las benzodiazepinas pueden ser usadas al inicio del tratamiento , en conjunto con la terapia psicológica, en especial para agitación aguda o para abordar momentos de crisis agudas o durante el tiempo que toman otros fármacos ,como inhibidores de la recaptación de serotonina , para actuar . Así mismo las benzodiazepinas , han sido asociadas a cuadros de sedación , deterioro cognitivo , en algunos casos llegando a la dependencia por lo que su uso debe ser durante un periodo de tiempo corto , y su dosificación debe estar controlada por un profesional capaz , según sea necesario (30).

Para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada se suele usar inhibidores de la recaptación de serotonina . Por ejemplo , la paroxetina con una dosis inicial de 20mg cada 24 horas . Incluso cuando se vea una mejoría clínica , no se debe discontinuar la terapia , más bien se debe continuar por un periodo mínimo de 1 año. Una opción alternativa al uso de benzodiazepinas es la bupiriona , quien tiene un efecto similar en la clínica , pero sin llegar a desarrollar dependencia (31).

### 3.4 Análisis de antecedentes investigativos:

#### *A nivel local:*

- **Autor:** KARLA ANAÍ ESPINOZA GUTIÉRREZ

**Título:** “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014” (32).

**Resumen:** “Antecedente: El laborar en servicios de oncología puede producir ansiedad y depresión en el personal de salud.

Objetivo: Describir la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014.

Métodos: Se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton así como una ficha de datos a los trabajadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística. Resultados: En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada ( $p > 0.05$ ). En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ( $p > 0.05$ ). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad, el tener pareja, el mayor tiempo de trabajo, la ocupación de enfermera en ambos hospitales; para depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayor a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores relacionados a depresión resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05). Conclusión: La ansiedad y sobre todo la depresión son elevadas en personal de salud del servicio de Oncología del IREN y del Hospital Goyeneche, asociado a factores laborales que pueden ser modificados” (32).

- **Autor:** Condori Arias, Yaime

**Título:** “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa” (33).

**Resumen:** “**OBJETIVOS:** Determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa.**MATERIALES Y MÉTODOS:** el estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente. La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas. **RESULTADOS:** El sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Las características que mostraron asociación fueron, el ser mujer (RP:1,30; IC95%:1,07-1,58, para depresión) (RP:3,31; IC95%:2,43-4,52, ansiedad), el tener alguna enfermedad crónica (RP:1,39;

IC95%:1,13-1,70, para depresión) (RP:2,75;IC95%:2,09-3,63, ansiedad) (RP:2,89; IC95%: 2,10-3,97, insomnio), la presencia de algún colega infectado (RP:2,75; IC95%: 2,09-3,63, para ansiedad) (RP:1,78; IC95%: 1,15-2,77, insomnio), el manejar pacientes infectados (RP:1,66; IC95%: 1,00-2,76), el tener un familiar infectado(RP:1,57; IC95%: 1,00-2,46), vecino (RP:1,83; IC95%: 1,37-2,45) o coresidente infectado (RP:1,81; IC95%: 1,12-2,92) se asociaron a insomnio. El contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) (RP:0,46; IC95%: 0,25-0,83), disminuyó la probabilidad de insomnio. **CONCLUSIÓN:** Existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio” (33).

***A nivel nacional:***

- **Autor:** Vásquez Elera, Luis Enrique

**Título:** “Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020” (34).

**Resumen:**

“El presente estudio tiene como objetivo: Identificar la incidencia y la relación entre la ansiedad, depresión y estrés laboral en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020. Se planteó bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional. Se usó la técnica de la encuesta aplicándose tres escalas, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Hamilton y la escala de estrés laboral de

Hock, que constan de 14, 17 y 12 ítems respectivamente, con sus dimensiones respectivas. Teniendo como muestra del estudio a 45 personas, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. Se concluye que la incidencia de ansiedad, depresión y estrés laboral es de 68.9%, 53.5%, 44.4%, respectivamente. Y además no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad, depresión y estrés laboral, ni tampoco entre las variables ansiedad con las dimensiones de depresión y estrés laboral, ni tampoco entre la depresión y las dimensiones de ansiedad y estrés laboral, pero sí entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad, ello se expresa debido al siguiente resultado,  $r = -0.323$  ( $p < 0.05$ )” (34).

***A nivel internacional:***

- **Autor:** Mohammed Al Maqbali,<sup>a,\*</sup> Mohammed Al Sinani,<sup>b</sup> and Badriya Al-Lenjawic

**Título:** “Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis” (35).

**Resumen:**

“El alto riesgo de infección de la nueva enfermedad del coronavirus (COVID-19) puede aumentar la carga de trabajo de los trabajadores de la salud, especialmente las enfermeras, ya que son la mayor parte de la fuerza laboral de la salud. Estos problemas pueden provocar problemas psicológicos. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión sistemática y metanálisis es determinar el impacto actual del brote de COVID-19 en la prevalencia del estrés, la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño entre las enfermeras. Métodos. Se realizó una

revisión sistemática y un metanálisis. Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, CHINAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, MedRxiv y Google Scholar, desde enero de 2020 hasta el 26 de octubre de 2020. Las tasas de prevalencia se combinaron con metanálisis utilizando un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se probó utilizando estadísticas de I cuadrado (I<sup>2</sup>). Resultados Un total de 93 estudios (n = 93,112), publicados entre enero de 2020 y septiembre de 2020, cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia general del estrés se evaluó en 40 estudios que representaron el 43% (IC del 95%: 37–49). La prevalencia combinada de ansiedad fue del 37% (IC del 95%: 32-41) en 73 estudios. La depresión se evaluó en 62 estudios, con una prevalencia combinada del 35% (IC del 95%: 31–39). Finalmente, 18 estudios evaluaron los trastornos del sueño y la prevalencia combinada fue del 43% (IC del 95%: 36-50). Conclusión. Este metanálisis encontró que aproximadamente un tercio de las enfermeras que trabajaban durante la epidemia de COVID-19 sufrían síntomas psicológicos. Esto resalta la importancia de brindar estrategias de apoyo integral para reducir el impacto psicológico del brote de COVID-19 entre las enfermeras en condiciones de pandemia. Se necesitan más estudios longitudinales para distinguir los síntomas psicológicos durante y después de los brotes de enfermedades infecciosas” (35).

**Autor:** Zhu, Juhong ;Sun, Lin; Zhang, Lan; Wang, Huan; Fan, Ajiao; Yang, Bin; Li, Wei; Xiao, Shifu

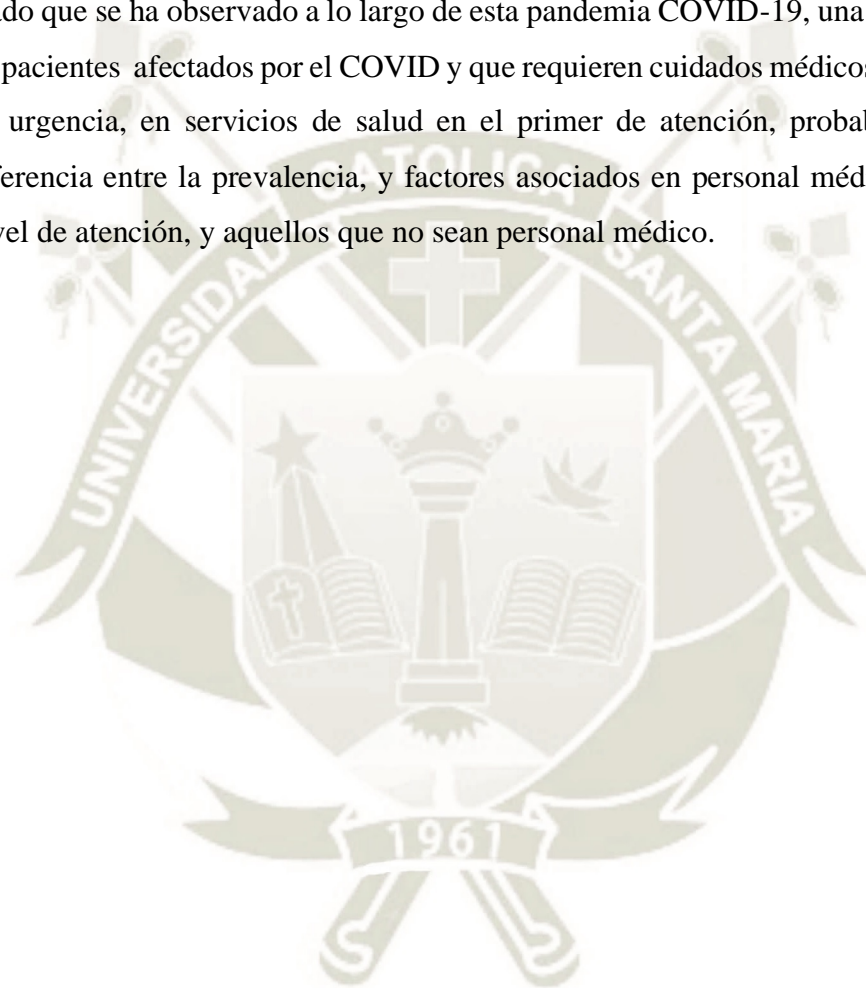
**Título:** “Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu” (2).

**Resumen:** “Antecedentes: el brote de neumonía por el nuevo coronavirus (COVID-19) ha generado una enorme presión física y psicológica sobre el personal médico chino. Es extremadamente importante comprender la prevalencia y los factores que influyen en los síntomas de ansiedad y depresión en el personal médico antiepidémico de primera línea y sus estilos de afrontamiento de estas emociones negativas. Métodos: Se realizó una encuesta transversal en Gansu (China), con un paquete de cuestionarios que consistía en la escala de autoevaluación de ansiedad (SAS), la escala de autoevaluación de depresión (SDS) y el cuestionario simplificado de estilo de afrontamiento (SCSQ). . Participaron en la encuesta un total de 79 médicos y 86 enfermeras. Se realizó un análisis de correlación para explorar la relación entre la puntuación SAS, SDS y SCSQ. Se utilizó un modelo de regresión lineal para determinar los factores que influyen en los síntomas de ansiedad o depresión. Resultados: Las tasas de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los médicos fue de 11,4% y 45,6%, respectivamente. Se demostró que los antecedentes de depresión o ansiedad ( $T = -2,644$ ,  $p = 0,010$ , IC del 95%:  $-10,514 \sim -1,481$ ) son un factor de riesgo para los síntomas de ansiedad en los médicos, mientras que el sexo masculino ( $T = 2,970$ ,  $p = 0,004$ , 95% CI:  $2.667 \sim 13.521$ ) fue un factor protector para la depresión. La tasa de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre enfermeras fue de 27,9% y 43,0%, respectivamente. Los antecedentes de depresión o ansiedad fueron un factor de riesgo común para los síntomas de ansiedad ( $T = -3,635$ ,  $p = 0,000$ , IC del 95%:  $-16,360 \sim -4,789$ ) y los síntomas de depresión ( $T = -2,835$ ,  $p = 0,005$ , IC del 95%:  $-18.238 \sim -3.254$ ) en enfermeras. Los resultados del análisis de correlación parcial (controlado por género y antecedentes de depresión o ansiedad) indicaron que la puntuación total de afrontamiento positivo se correlacionó negativamente con la puntuación total de ansiedad ( $r = -0,182$ ,  $p = 0,002$ ) y depresión ( $r = -0,253$ ,  $p = 0,001$ ). Conclusiones: El personal médico antiepidémico de primera línea tiene altos síntomas de ansiedad y depresión y la

adopción de estilos de afrontamiento positivos ayudará a mejorar sus emociones negativas” (2).

#### 4. HIPOTESIS

Dado que se ha observado a lo largo de esta pandemia COVID-19, una gran demanda de pacientes afectados por el COVID y que requieren cuidados médicos y no médicos de urgencia, en servicios de salud en el primer de atención, probable que exista diferencia entre la prevalencia, y factores asociados en personal médico del primer nivel de atención, y aquellos que no sean personal médico.





## 5. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 5.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**5.1.1 TÉCNICA** Se utilizó encuestas que comprendían tanto el consentimiento informado como las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton

**5.1.2 INSTRUMENTOS:** Ficha de recolección de datos (anexo 1), en la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3), consentimiento informado (Anexo 4)

#### 5.1.3 MATERIALES:

- ✓ Formulario de Google
- ✓ Papel A4
- ✓ Impresora
- ✓ Lápiz
- ✓ Borrador
- ✓ Laptop
- ✓ Microsoft Word
- ✓ Microsoft Excel
- ✓ SPSS Statistic
- ✓ Ficha de recolección de datos
- ✓ Cuestionarios Hamilton de ansiedad y de depresión
- ✓ Hojas de consentimiento informado

### 5.2 Campo de verificación

#### 5.2.1 Ubicación espacial

Este estudio tuvo lugar en el primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa

#### 5.2.2 Ubicación temporal

Fue realizado en mayo del año 2021.

### 5.2.3 Unidades de estudio

**5.2.3.1 Universo:** personal médico y no médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa

❖ Criterios de inclusión:

- ❖ Personal de salud del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa
- ❖ Personal médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa
- ❖ Personal no médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa
- ❖ Personal de salud que acepte voluntariamente su participación

❖ Criterio de exclusión:

- ❖ Personal que se encuentre con permiso de licencia
- ❖ Fichas llenadas incorrectamente o incompletas
- ❖ Personal de salud que no acepte voluntariamente su participación
- ❖ Personal de salud que sufra trastorno psiquiátrico previo

**5.2.3.2 Tamaño de la Muestra:** Todos aquel personal médico y no médico que respondan la encuesta realizada de manera física o vía formulario, habiendo cumplido los criterios de inclusión

**5.2.3.2.1 Procedimiento de muestreo:** Voluntario

## 5.3 Estrategia de recolección de datos

### 5.3.1 Organización

- Se presentó proyecto a dictaminador y jurados, una vez aprobado este se dio a conocer el proyecto y encuestas entre personal de salud del primer nivel de atención de la red Camaná-Caravelí .

- Se invitó a participar de la investigación a todos aquel personal de salud del primer nivel de atención de la red Camaná-Caravelí que cumplan con los criterios de inclusión.
- Se les explico el propósito de la investigación y se les invitó proceder con la encuesta
- Tras concluir con la recolección de información, se comparó los resultados obtenidos entre los dos grupos y se estableció si existía relación con los distintos factores

### **5.3.2 Recursos**

#### **5.3.2.1 Humanos**

- Investigadora
- Asesora
- Personal de salud que participe voluntariamente

#### **5.3.2.2 Materiales**

- Computador personal con software Microsoft Word , Excel y Spss
- Formulario de Google

#### **5.3.2.3 Financieros**

- 5.3.2.3.1 Financiamiento propio

### **5.3.3 Validación de los instrumentos**

#### **Test de Hamilton para depresión:**

“La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton tiene como objetivo brindar una medida de gravedad a 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” (19).

Cabe resaltar que esta escala ha sido validada y en nuestro medio y en nuestra universidad según el trabajo de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL

MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020” (19).

**Test de Hamilton para ansiedad:**

“La escala evalúa severamente la ansiedad de una forma global a 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.” (19). Cabe resaltar que esta escala ha sido validada y en nuestro medio y en nuestra universidad según el trabajo de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020” (19).

**5.4 Criterios para manejo de resultados**

**a) Plan de Procesamiento** Las encuestas fueron dicotomizadas y tabulados para su análisis e interpretación. Posteriormente los resultados fueron convertidas a gráficos y tablas para su consiguiente interpretación.

**b) Plan de análisis** Se usó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) , además de aplicar la prueba estadística Chi cuadrado. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel 2016 y el programa SPSS.



## **CAPITULO III RESULTADOS**

## RESULTADOS

### VARIABLES INDEPENDIENTES

**Tabla 1.**

**Características sociales del personal de salud**

	Intervalo	Nro de participantes	Porcentaje
Edad	< 30	13	23.64%
	31-45	24	43.64%
	46-60	18	32.73%
	>60	0	0.00%
TOTAL		55	100%

Edad promedio  $39.58 \pm DS: 9.27$

Fuente : propia

**Tabla 2.**  
**Características sociales del personal de salud**

	Variable	Nro de personal	Porcentaje
Sexo	Varón	21	38.18%
	Mujer	34	61.82%
	TOTAL	55	100%
estado civil	Soltero	14	25.45%
	casado	33	60.00%
	separado,	4	7.27%
	viudo	0	0.00%
	conviviente	4	7.27%
	TOTAL	55	100%

Fuente: elaboración propia

**Tabla 3.**  
**Características laborales**

Variable		Nro de personal	Porcentaje
Ocupación	Enfermería	10	18.18%
	Médicos	10	18.18%
	Obstetrices	10	18.18%
	Técnicos de enfermería	19	34.55%
	Personal de Psicología	5	9.09%
	Odontología	1	1.82%
	TOTAL	55	100%
Régimen Laboral	Contratado	22	40.00%
	CAS	8	14.55%
	Nombrado	25	45.45%
	TOTAL	55	100%

Fuente: elaboración propia

**VARIABLES DEPENDIENTES**

**Tabla 4.**

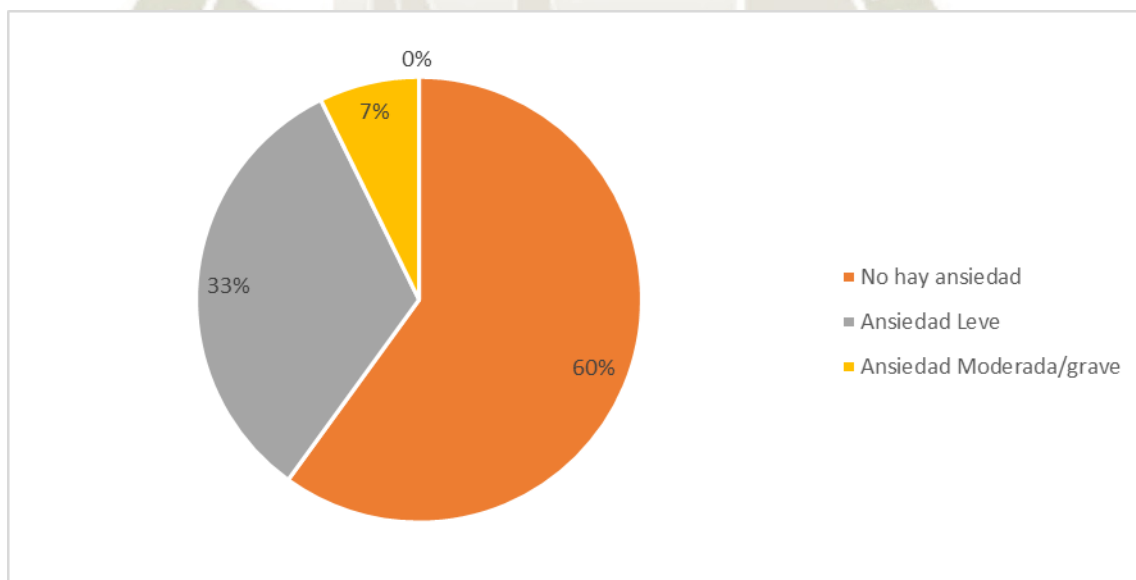
**Prevalencia y niveles de ansiedad en el personal**

	Frecuencia	Porcentaje válido
No hay ansiedad	33	60.0
Ansiedad Leve	18	32.7
Ansiedad Moderada/grave	4	7.3
Total	55	100.0

Fuente: elaboración propia

**Grafica 1.**

**Nivel de Ansiedad en el Personal de salud**



Fuente: elaboración propia

**Tabla 5.**

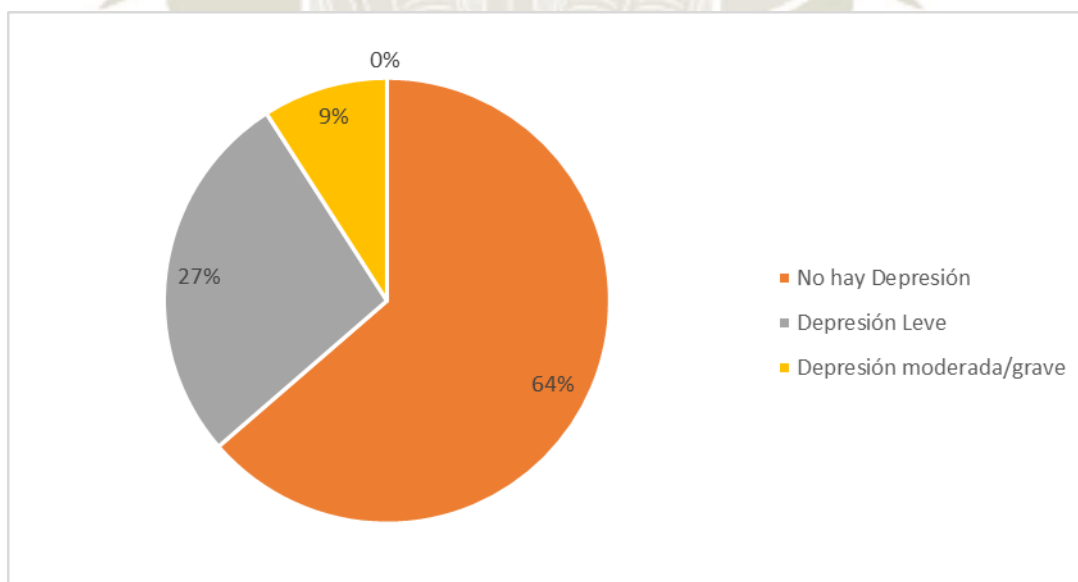
**Prevalencia y niveles de depresión en el personal**

	Frecuencia	Porcentaje válido
No hay Depresión	35	63.6
Depresión Leve	15	27.3
Depresión moderada/grave	5	9.1
Total	55	100.0

Fuente: Propia

**Gráfico 2.**

**Niveles de depresión en el personal de salud**



Fuente: Propia

**Tabla 6.**  
**Características sociales asociadas a niveles de ansiedad**

		Nivel de Ansiedad			Total
		No hay ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada/grave	
Edad	< 30	7 21.2%	6 33.3%	0 0.0%	13 23.6%
	31-45	16 48.5%	6 33.3%	2 50.0%	24 43.6%
	46-60	10 30.3%	6 33.3%	2 50.0%	18 32.7%
Total		33	18	4	55
		Nivel de Ansiedad			Total
		No hay ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada/grave	
Sexo	Varón	12 57.1%	8 38.1%	1 4.8%	21 100.0%
	Mujer	21 61.8%	10 29.4%	3 8.8%	34 100.0%
	Total	33	18	4	55
Estado civil	Soltera	7 50.0%	7 50.0%	0 0.0%	14 100.0%
	Casada	20 60.6%	9 27.3%	4 12.1%	33 100.0%
	Separado	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	4 100.0%
	conviviente	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
	Total	33	18	4	55

Fuente : Elaboración propia P=0.588 , p=0.726 y p=0.295

**Tabla 7.**  
**Características laborales asociadas a ansiedad**

		Nivel de Ansiedad			Total
		No hay ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada/grave	
Ocupación	Médico	4	6	0	10
		12.1%	33.3%	0.0%	18.2%
	No médico	29	12	4	45
		87.9%	66.7%	100.0%	81.8%
Total		33	18	4	55

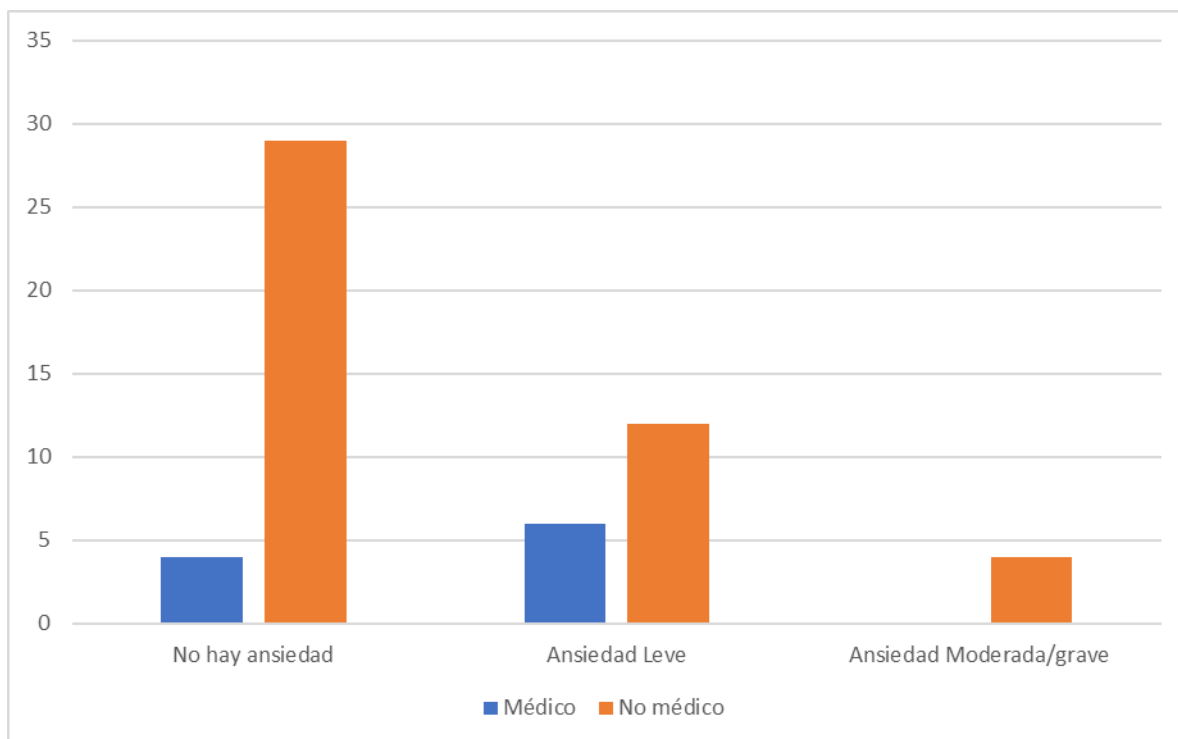
  

		Nivel de Ansiedad			Total
		No hay ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada/grave	
Régimen Laboral	contratado	13	8	1	22
		39.4%	44.4%	25.0%	40.0%
	CAS	5	3	0	8
		15.2%	16.7%	0.0%	14.5%
	Nombrado	15	7	3	25
		45.5%	38.9%	75.0%	45.5%
Total		33	18	4	55
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia P=0.106 y p=0.754

**Gráfico 3.**

**Prevalencia de Ansiedad en el personal médico y no médico**



Fuente: propia

**Tabla 8.**

**Características sociales asociadas a depresión**

		Nivel de Depresión			Total
		No hay Depresión	Depresión Leve	Depresión moderada/grave	
Edad	< 30	11	2	0	13
		31.4%	13.3%	0.0%	23.6%
	31-45	14	6	4	24
		40.0%	40.0%	80.0%	43.6%
46-60		10	7	1	18
		28.6%	46.7%	20.0%	32.7%
Total		35	15	5	55
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

		Nivel de Depresión			Total
		No hay Depresión	Depresión Leve	Depresión moderada/grave	
Sexo	Varón	16	4	1	21
		45.7%	26.7%	20.0%	38.2%
	Mujer	19	11	4	34
		54.3%	73.3%	80.0%	61.8%
Total		35	15	5	55

		Nivel de Depresión			Total
		No hay Depresión	Depresión Leve	Depresión moderada/grave	
Estado civil	Soltera	11	1	2	14
		31.4%	6.7%	40.0%	25.5%
	Casada	19	12	2	33
		54.3%	80.0%	40.0%	60.0%
	Separado	3	1	0	4
		8.6%	6.7%	0.0%	7.3%
	conviviente	2	1	1	4
		5.7%	6.7%	20.0%	7.3%
Total		35	15	5	55

Fuente : elaboración propia     $p=0.219$ ,  $P=0.304$  y  $p=0.401$

**Tabla 9.**  
**Características laborales asociadas a depresión**

		Nivel de Depresión			Total
		No hay Depresión	Depresión Leve	Depresión moderada/grave	
Ocupación	Médico	9	1	0	10
		25.7%	6.7%	0.0%	18.2%
	No médico	26	14	5	45
		74.3%	93.3%	100.0%	81.8%
Total		35	15	5	55

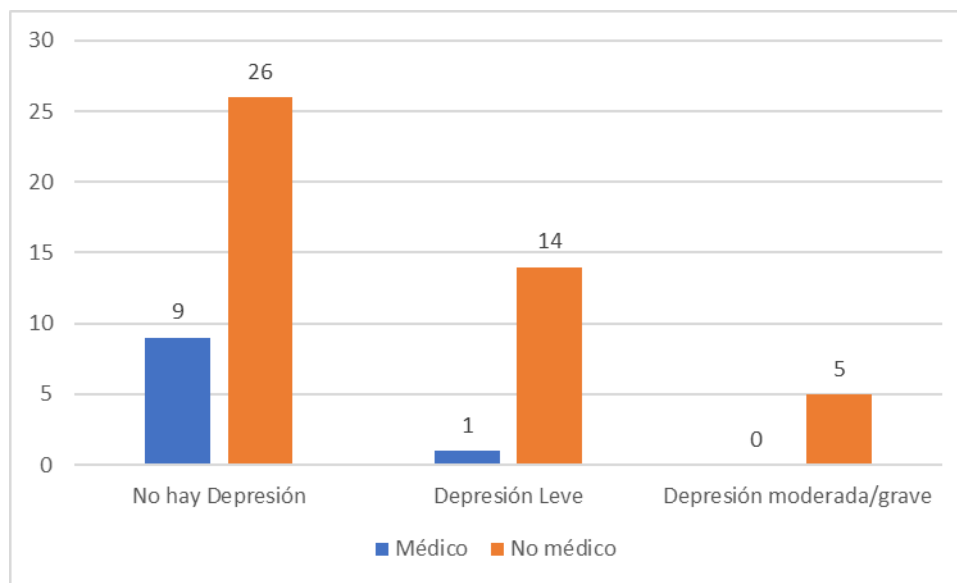
  

		Nivel de Depresión			Total
		No hay Depresión	Depresión Leve	Depresión moderada/grave	
Régimen Laboral	contratado	14	6	2	22
		40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
	CAS	7	1	0	8
		20.0%	6.7%	0.0%	14.5%
	Nombrado	14	8	3	25
		40.0%	53.3%	60.0%	45.5%
Total		35	15	5	55

Fuente : elaboración propia P=0.151 y p=0.6

**Gráfico 4.**

**Prevalencia de Depresión en el personal médico y no médico**



Fuente: Propia

## DISCUSIÓN

Según lo encontrado en este trabajo , podemos observar que la prevalencia es de 40% de ansiedad (Tabla 4.) y de un 30.4 % (Tabla 5.) de depresión en el personal de salud del primer nivel de atención. Lo cual concuerda con los resultados de T.Cheung y otros (21), quienes encontraron una prevalencia de 35.8% y 37.3% en cuanto a depresión y ansiedad respectivamente (21). A diferencia de Zhu y otros (2), quienes encontraron una prevalencia de 11.4% y 45.6% correspondiendo a cifras de ansiedad y depresión en el personal médico solamente en su trabajo “Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu” (2). Mientras que en nuestro trabajo 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. (Tabla 8)

En cuanto al personal no médico , conformó el 66,7 % del grupo de ansiedad leve.(Tabla 8) En conjunto a esto se observó que el personal no médico representó el 93.3 % del total de casos de depresión leve (tabla 9); a diferencia del trabajo de Zhu y otros (2) donde la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermeras corresponde a 27.9% y 43.0% respectivamente (2).

En la relación de la 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 , por lo que no demuestra una diferencia significativa estadísticamente hablando.

A si mismo se pudo observar una frecuencia del 26.7 % en relación a varones , dentro del grupo de depresión leve , mientras que estos mismos representaban el 20 % del grupo de depresión moderada/grave. En cuanto a mujeres se pudo encontrar un valor de 73.3% en relación al grupo de depresión leve y del 80 % del total del grupo de depresión moderada. A diferencia del trabajo de Espinoza , quien encontró lo siguiente “se muestra la influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 9.09% de mujeres, mientras que en el IREN el 48.39% de mujeres tuvieron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ )” (32).

En cuanto a la relación del estado civil y los niveles de ansiedad , se encontró que el 50% de personas solteras presento ansiedad , mientras que el porcentaje de personas casadas dentro del nivel de ansiedad leve fue de 80% , estas a su vez representando el 40 % dentro del nivel de ansiedad moderada/ grave . A diferencia de las personas separadas y convivientes que representaron solo el 6.7% dentro del nivel de ansiedad leve; y en el nivel de ansiedad moderada/ grave , solo se encontró el grupo de convivientes , que equivalía al 20 % del total. (Tabla 8) Esto en contraste con el trabajo de Espinoza quien encontró lo siguiente “En relación al estado civil, los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron 37.50% de ansiedad, y en el IREN 50% de convivientes y 43.75% de casados ( $p > 0.05$ )” (32).

En relación a los niveles de depresión y el estado civil , se encontró que los solteros representan el 6.7 % del total del grupo de depresión leve , además de ser el 40 % del grupo de depresión moderada/Grave. En comparación con los casados que representan el 80 % de casos de ansiedad leve y el 40% de casos de depresión moderada/grave. Los separadas y convivientes que representaron solo el 6.7% dentro del nivel de depresión leve; y en el nivel de depresión moderada/ grave , solo se encontró el grupo de convivientes , que equivalía al 20 % del total.( Tabla 9). Mientras que en el trabajo de Espinoza se encontró que “En relación al estado civil, 62.50% de los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y en el IREN todos los convivientes y 66.67% de separados ( $p > 0.05$ )” (32).

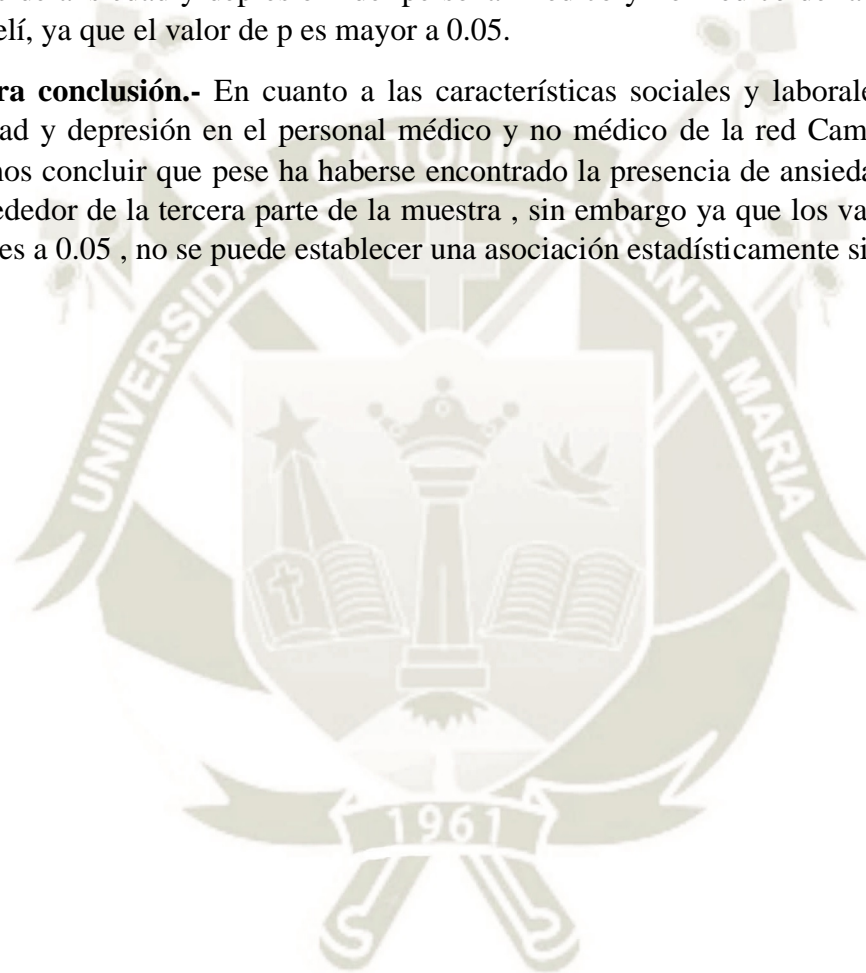
En la relación de características sociales y niveles de ansiedad y depresión se realizó la prueba de Chi cuadrado , obteniéndose un valor de  $p = 0.304$  en cuanto a la relación de los niveles de depresión y la sexo , una  $p = 0.401$  en relación de niveles de depresión y estado civil .El valor de  $p = 0.726$  en cuanto a nivel de ansiedad relacionado al género , y un valor de  $p = 0.295$  , en cuanto a niveles de ansiedad y estado civil , por lo que no demuestra una diferencia significativa estadísticamente hablando.

## CONCLUSIONES

**Primera conclusión .-** Se pudo observar la prevalencia de 40% de ansiedad de un 30.4 % de depresión , en el personal de salud del primer nivel de la red Camaná -Caravelí de atención dentro del contexto de la pandemia por COVID 19. Ya que en la turbulenta época actual , han llevado a un clima incierto , ante lo cual es comprensible la alteración del estado mental del personal de salud.

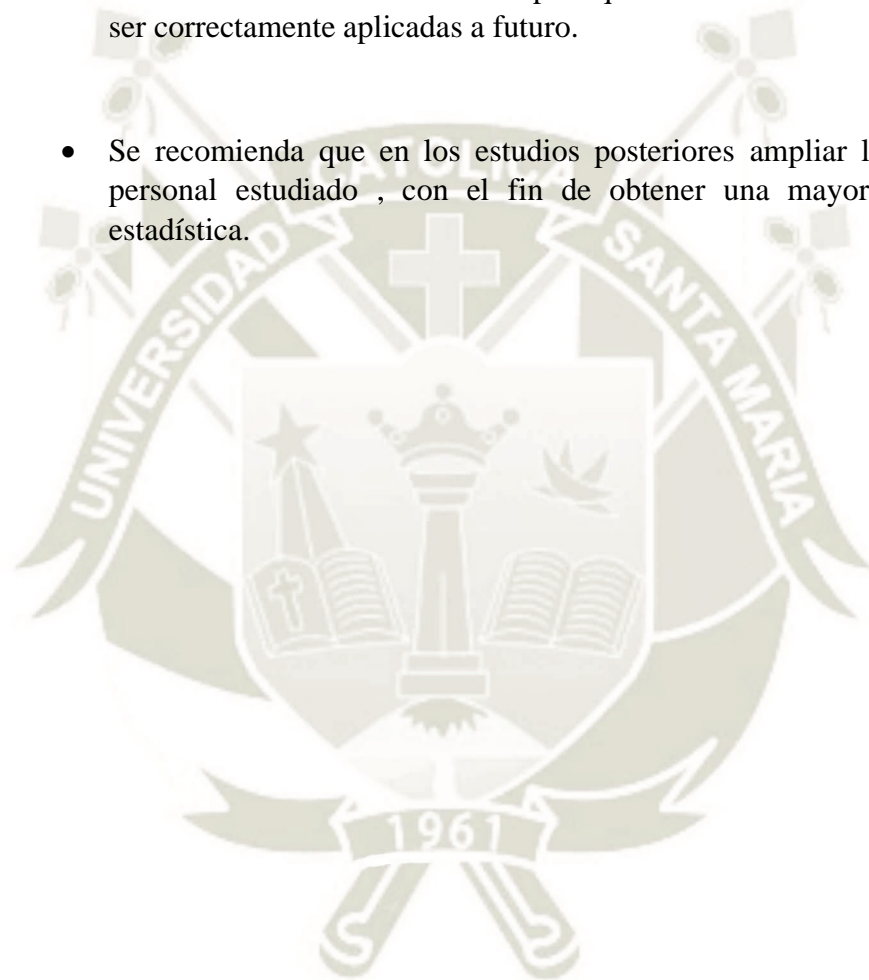
**Segunda conclusión.-** No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión del personal médico y no médico de la red Camaná - Caravelí, ya que el valor de p es mayor a 0.05.

**Tercera conclusión.-** En cuanto a las características sociales y laborales asociadas a ansiedad y depresión en el personal médico y no médico de la red Camaná Caravelí , podemos concluir que pese ha haberse encontrado la presencia de ansiedad y depresión en alrededor de la tercera parte de la muestra , sin embargo ya que los valores de P son mayores a 0.05 , no se puede establecer una asociación estadísticamente significativa.



## RECOMENDACIONES

- 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.
- Seria recomendable que para un buen diagnostico se utilice los criterios del DSM-V en la historia clínica para que las escalas de Hamilton puedan ser correctamente aplicadas a futuro.
- Se recomienda que en los estudios posteriores ampliar la cantidad de personal estudiado , con el fin de obtener una mayor significancia estadística.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

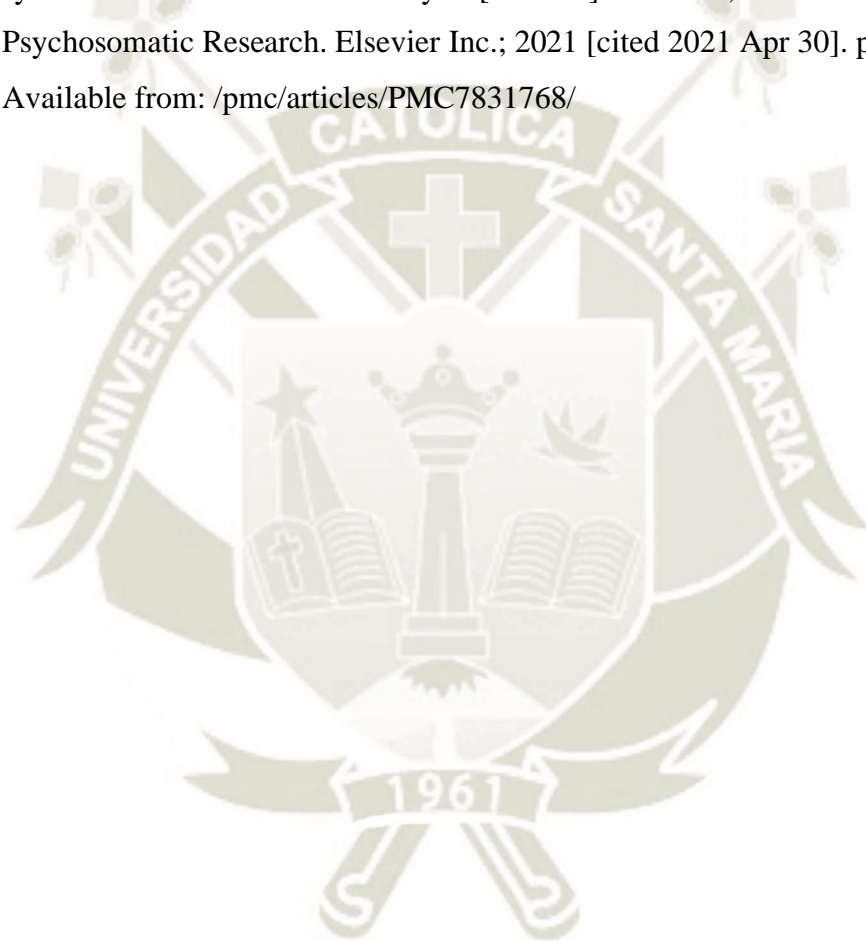
1. Zhang X, Zhao K, Zhang G, Feng R, Chen J, Xu D, et al. Occupational Stress and Mental Health: A Comparison Between Frontline Medical Staff and Non-frontline Medical Staff During the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Dec 23 [cited 2021 Mar 30];11:555703. Available from: [/pmc/articles/PMC7785830/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3785830/)
2. Zhu J, Sun L, Zhang L, Wang H, Fan A, Yang B, et al. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Apr 29 [cited 2021 Mar 30];11. Available from: [/pmc/articles/PMC7202136/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37202136/)
3. Hu N, Li Y, He SS, Wang LL, Wei YY, Yin L, et al. Impact of the Family Environment on the Emotional State of Medical Staff During the COVID-19 Outbreak: The Mediating Effect of Self-Efficacy. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Oct 9 [cited 2021 Mar 30];11. Available from: [/pmc/articles/PMC7581684/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37581684/)
4. Feingold JH, Peccoraro L, Chan CC, Kaplan CA, Kaye-Kauderer H, Charney D, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Frontline Health Care Workers During the Pandemic Surge in New York City. *Chronic Stress* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 30];5. Available from: [/pmc/articles/PMC7863176/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37863176/)
5. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus disease 2019–COVID-19. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Apr 30];33(4):1–48. Available from: [/pmc/articles/PMC7405836/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37405836/)
6. Chung JY, Thone MN, Kwon YJ. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view [Internet]. Vol. 170, *Advanced Drug Delivery Reviews*. Elsevier B.V.; 2021 [cited 2021 May 19]. p. 1–25. Available from: [/pmc/articles/PMC7759095/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37759095/)
7. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
8. COVID-19: la pandemia | El PNUD en Perú [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/coronavirus.html>

9. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
10. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19 [Internet]. Vol. 19, Nature Reviews Microbiology. Nature Research; 2021 [cited 2021 Apr 30]. p. 141–54. Available from: [/pmc/articles/PMC7537588/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37307354/)
11. Médica Peruana A, Alberto Mendoza-Ticona C, Mendoza-Ticona A, Valencia Mesias G, Quintana Aquehua A, Cerpa Chacaliaza B, et al. Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2020;37(2):186–91.
12. COVID-19: Clinical features - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid-19&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H4079606749](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4079606749)
13. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemic COVID-19, the new health emergency of international concern: A review [Internet]. Vol. 46, Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2020 [cited 2021 Apr 30]. p. 65–77. Available from: [/pmc/articles/PMC7229959/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37229959/)
14. Singh R, Kang A, Luo X, Jeyanathan M, Gillgrass A, Afkhami S, et al. COVID-19: Current knowledge in clinical features, immunological responses, and vaccine development [Internet]. Vol. 35, FASEB Journal. John Wiley and Sons Inc; 2021 [cited 2021 Apr 30]. Available from: [/pmc/articles/PMC7898934/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37898934/)
15. Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú | Gobierno del Perú [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473587-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-personas-afectadas-por-covid-19-en-el-peru>
16. Triggler CR, Bansal D, Ding H, Islam MM, Farag EABA, Hadi HA, et al. A Comprehensive Review of Viral Characteristics, Transmission, Pathophysiology, Immune Response, and Management of SARS-CoV-2 and COVID-19 as a Basis for Controlling the Pandemic [Internet]. Vol. 12, Frontiers in Immunology. Frontiers Media S.A.; 2021 [cited 2021 May 19]. p. 631139. Available from: [/pmc/articles/PMC7952616/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952616/)
17. Athira KV, Bandopadhyay S, Samudrala PK, Naidu VGM, Lahkar M,

- Chakravarty S. An Overview of the Heterogeneity of Major Depressive Disorder: Current Knowledge and Future Prospective. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2021 Apr 30];18(3):168–87. Available from: [/pmc/articles/PMC7327947/](#)
18. OMS | Depresión [Internet]. [cited 2021 May 2]. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
  19. Soto A, César J, Cirujano M. Tesis presentada por el Bachiller: Para optar el Título Profesional de.
  20. Depresión [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  21. Cheung T, Yip PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2015 Sep 7 [cited 2021 Apr 30];12(9):11072–100. Available from: [/pmc/articles/PMC4586662/](#)
  22. (No Title) [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820\\_MS-PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf)
  23. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
  24. McQuaid JR, Lin EH, Permanente Washington K, Jones VY, of Columbia D, York N, et al. APA Depression Guideline.
  25. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression [Internet]. Vol. 2019, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2019 [cited 2021 May 2]. Available from: [/pmc/articles/PMC6546439/](#)
  26. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 20]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H51](https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H51)
  27. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century.

- Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 30];17(3):327–35.  
Available from: /pmc/articles/PMC4610617/
28. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [cited 2021 May 2]. Available from:  
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
29. Trastorno de ansiedad generalizada - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from:  
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiátricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-de-ansiedad-generalizada-tag>
30. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Internet]. Vol. 14, BMC Psychiatry. BioMed Central Ltd.; 2014 [cited 2021 Apr 30]. p. S1.  
Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
31. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 20]. Available from:  
[https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-generalized-anxiety-disorder-in-adults?search=ansiedad&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3201268717](https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-generalized-anxiety-disorder-in-adults?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3201268717)
32. Profesional P, Humana M. Universidad Católica de Santa María "IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA" Facultad de Medicina Humana KARLA ANAÍ ESPINOZA GUTIÉRREZ.
33. Juan M, Salazar MP, Cirujano M, Psiquiatría E: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA FACULTAD DE MEDICINA TESIS "ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN AL COVID-19 Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN EL Tesis presentada por la Bachiller: YAIME CONDORI ARIAS Para optar el Título Profesional de: MÉDICA CIRUJANA [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020 [cited 2021 Apr 30]. Available from:

- <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
34. Académico Maestría En Gestión De Los Servicios De Salud P DE. ESCUELA DE POSGRADO [Internet]. Repositorio Institucional - UCV. Universidad Cesar Vallejo; 2020 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49971>
35. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 141, Journal of Psychosomatic Research. Elsevier Inc.; 2021 [cited 2021 Apr 30]. p. 110343. Available from: [/pmc/articles/PMC7831768/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3481768/)



## ANEXOS

### ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad      :      Años

Sexo : Femenino ( ) Masculino ( )

Estado civil :

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

Régimen Laboral      Nombrado ( ) contratado ( )      CAS ( )

Puntuación según escala de ansiedad Hamilton

- 0-5: no ansiedad.
- 6-14: ansiedad leve.
- $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave

Puntuación obtenida según escala de depresión de Hamilton

- 0-7: no depresión.
- 8-14: distimia.
- $\geq 15$ : depresión moderada-grave

Fuente: Propia



## ANEXO 2 ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen en esta encuesta. Llene cada caso y llene con el número que indique como se siente ante su operación. No hay respuestas buenas o malas. Trate de dar la respuesta mejor describa sus sentimientos ahora.

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave Incapacita
1.- Estado de ánimo ansioso <u>Preocupaciones</u> , anticipación de lo peor, aprensión	0	1	2	3	4
2. Temores. A la <u>oscuridad</u> , a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
3. insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño <u>insatisfecho</u> y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
4.intelectual cognitivo Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
5. Estado de ánimo deprimido Perdida de <u>interés</u> , insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
6. síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez <u>muscular</u> , contracciones musculares, sacudidas crónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4

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

7. síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
8. síntomas cardiovasculares <u>Taquicardia</u> , palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
9. síntomas respiratorios Aprensión o constricción en el pecho, sensación de ahogo. Suspiros disnea.	0	1	2	3	4
10. síntomas gastrointestinales Dificultad para <u>tragar</u> , 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
11. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, <u>menorragia</u> , aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
12. síntomas autónomos boca <u>seca</u> , rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

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

13. comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos, cogidos, apretados, inquietud pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, palidez facial, Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia, respiratoria por encima de 20 res/min. Sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas. Exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo) sudor en los párpados	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

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

### ANEXO 3 ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON

#### CUESTIONARIO 2

#### INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario me permitirá saber cuán depresivo está. Seleccione en cada ítem la respuesta que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque el casillero que mejor se adecue a usted. Todos los ítems deben ser marcados.

\*Obligatorio

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad). \*

- 0 Ausente
- 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa. \*

- 0 Ausente
- 1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

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

3. Suicidio. \*

- 0 Ausente
- 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 Ideas de suicidio o amenazas
- 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz.

- 0 No tiene dificultad
- 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, más de media hora el conciliar el sueño
- 2 Dificultad para dormir cada noche

5. Insomnio intermedio. \*

- 0 No tiene dificultad
- 1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío. \*

- 0 No tiene dificultad
- 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

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

7. Trabajo y actividades. \*

- 0 No hay dificultad
- 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, no puede realizar estas sin ayuda

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora). \*

- 0 Palabra y pensamiento normales
- 1 Ligero retraso en el habla
- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora. \*

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus dedos
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

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

10. Ansiedad psíquica. \*

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

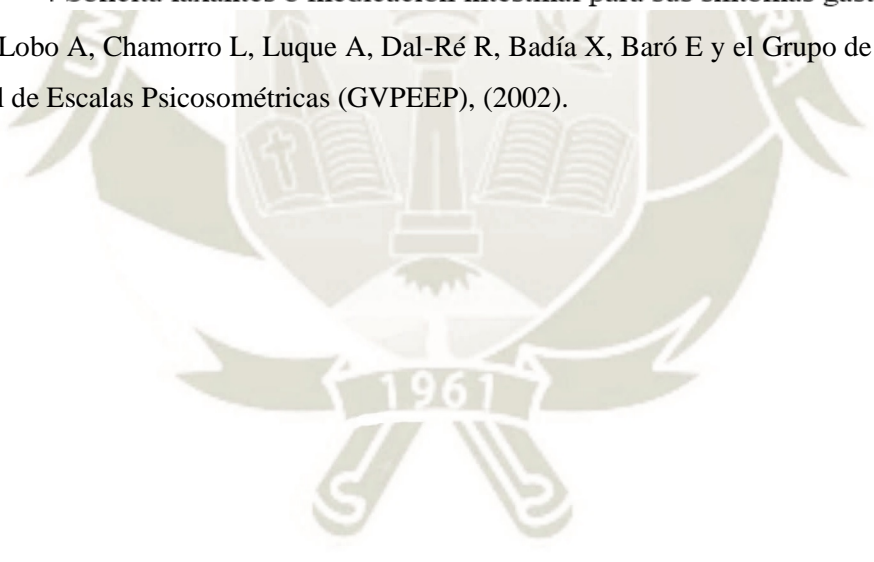
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración). \*

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales. \*

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.
- 2 Sensación de pesadez en el abdomen
- 3 Dificultad en comer si no se le insiste.
- 4 Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

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



13. Síntomas somáticos generales. \*

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales). \*

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave

15. Hipocondría. \*

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2 Preocupado por su salud
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso \*

- 0 Pérdida de peso inferior a 500gr. en una semana
- 1 Pérdida de más 500gr. en una semana
- 2 Pérdida de más de 1kg. En una semana

17. Introspección (insight). \*

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2 No se da cuenta que está enfermo

---

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

## ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer la **“Prevalencia 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”**

### **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 aplicara 2 escalas; Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de depresión de Hamilton
4. La información obtenida será procesada para relacionar factores asociados y prevalencia de depresión y ansiedad en personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID 19

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

No hay riesgos identificados en este estudio, la prueba que se aplicara es confiable y segura, las entrevistas que se les hará, tienen una duración de 10 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 la Prevalencia 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.

Y si usted desea se le enviaran sus resultados personales.

### **Confidencialidad**

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

Fuente: Elaboración Propia



**Contacto**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar de este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento. Y si desea puede contactar con el [correo](mailto:pdya2021@outlook.com) : pdya2021@outlook.com

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio y estoy dando permiso para que se procese la información que he accedido a dar.

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

Nombre de participante que da su  
autorización

DNI

Firma y / o huella digital del participante que  
da su autorización

Nombre del investigador principal

DNI

**FECHA:**

---

Fuente: Elaboración Propia



## ANEXO 5 COMITÉ DE ETICA

### COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



#### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 04 de mayo 2021

Investigadora Patricia Ximena Siu Oporto  
Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación del proyecto de tesis y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** Proyecto de tesis: "Prevalencia 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".

Investigadora a cargo de la investigación: Patricia Ximena Siu Oporto

**DISEÑO:** En cuanto al tipo de estudio,

**OBJETIVO:** El estudio tiene como objetivo: 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

**PROCEDIMIENTOS:**

Evaluación de ansiedad y depresión mediante la escala de Hamilton



**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

Personal médico y no médico voluntarios del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe socializar resultados con voluntarios del estudio de manera individual. La toma del consentimiento informado debe incluir la explicación de beneficios y riesgos del estudio. Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

**DICTAMEN:**



**DICTAMEN FAVORABLE**  
**226- 2021**



Ivo Palomino  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

## ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS

	Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Régimen L.P.A	N. A	Cat. Ansiedad	P.D	N.D	Cat. Depresión	
1	49	Mujer	Soltero	Obstetra	Nombrado	14	ansiedad lev	Con Ansiedad	16	depresi	Con Depresión
2	39	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	28	ansiedad m	Con Ansiedad	19	depresi	Con Depresión
3	52	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	1	No hay ansi	Sin Ansiedad	6	No hay	Sin Depresión
4	49	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	18	ansiedad m	Con Ansiedad	13	depresi	Con Depresión
5	57	Mujer	Soltero	Enfermera	Nombrado	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	8	depresi	Con Depresión
6	53	Mujer	Casado	Odontologo	Nombrado	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
7	50	Varón	Casado	Médico	Nombrado	0	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
8	35	Varón	Separado	Téc. enfermería	CAS	13	ansiedad lev	Con Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
9	48	Varón	Separado	Téc. enfermería	Contratad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	11	depresi	Con Depresión
10	36	Mujer	conviviente	Téc. enfermería	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	9	depresi	Con Depresión
11	50	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	15	ansiedad m	Con Ansiedad	8	depresi	Con Depresión
12	27	Mujer	Casado	Psicologa	Contratad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
13	34	Varón	Casado	Téc. enfermería	CAS	4	No hay ansi	Sin Ansiedad	8	depresi	Con Depresión
14	32	Varón	Soltero	Médico	Contratad	11	ansiedad lev	Con Ansiedad	7	No hay	Sin Depresión
15	55	Mujer	Casado	Enfermera	Nombrado	7	ansiedad lev	Con Ansiedad	5	No hay	Sin Depresión
16	46	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	11	depresi	Con Depresión
17	30	Mujer	Casado	Psicologa	Contratad	0	No hay ansi	Sin Ansiedad	12	depresi	Con Depresión
18	46	Mujer	Casado	Enfermera	Nombrado	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
19	47	Varón	Casado	Médico	Nombrado	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
20	42	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrado	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	9	depresi	Con Depresión
21	28	Varón	Casado	Médico	Contratad	8	ansiedad lev	Con Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
22	45	Varón	Casado	Téc. enfermería	Nombrado	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	16	depresi	Con Depresión
23	29	Mujer	Soltero	Enfermera	Contratad	14	ansiedad lev	Con Ansiedad	5	No hay	Sin Depresión
24	35	Mujer	Separado	Téc. enfermería	Contratad	7	ansiedad lev	Con Ansiedad	7	No hay	Sin Depresión
25	37	Mujer	Casado	Obstetra	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	10	depresi	Con Depresión
26	33	Mujer	Casado	Téc. enfermería	CAS	6	ansiedad lev	Con Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
27	50	Mujer	Casado	Médico	Nombrado	9	ansiedad lev	Con Ansiedad	6	No hay	Sin Depresión
28	28	Mujer	Casado	Obstetra	Contratad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	5	No hay	Sin Depresión
29	55	Mujer	Separado	Enfermera	Nombrado	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
30	41	Varón	Casado	Téc. enfermería	CAS	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	3	No hay	Sin Depresión
31	44	Mujer	conviviente	Téc. enfermería	Nombrad	0	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
32	39	Varón	conviviente	Téc. enfermería	Nombrad	0	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
33	30	Mujer	Casado	Médico	Contratad	11	ansiedad lev	Con Ansiedad	8	depresi	Con Depresión
34	25	Mujer	Soltero	Psicologa	Contratad	1	No hay ansi	Sin Ansiedad	6	No hay	Sin Depresión
35	36	Varón	Casado	Téc. enfermería	Contratad	28	ansiedad m	Con Ansiedad	9	depresi	Con Depresión
36	26	Mujer	Soltero	Enfermera	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
37	28	Mujer	Soltero	Enfermera	Nombrad	6	ansiedad lev	Con Ansiedad	1	No hay	Sin Depresión
38	51	Mujer	Casado	Obstetra	Nombrad	14	ansiedad lev	Con Ansiedad	8	depresi	Con Depresión
39	37	Mujer	Casado	Téc. enfermería	CAS	1	No hay ansi	Sin Ansiedad	1	No hay	Sin Depresión
40	48	Varón	Casado	Médico	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	1	No hay	Sin Depresión
41	45	Varón	Casado	Enfermera	Nombrad	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
42	29	Varón	Soltero	Médico	Contratad	9	ansiedad lev	Con Ansiedad	3	No hay	Sin Depresión
43	43	Varón	Casado	Téc. enfermería	Nombrad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
44	38	Varón	Casado	Téc. enfermería	CAS	6	ansiedad lev	Con Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
45	24	Mujer	Soltero	Psicologa	Contratad	6	ansiedad lev	Con Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
46	35	Mujer	Casado	Téc. enfermería	CAS	0	No hay ansi	Sin Ansiedad	2	No hay	Sin Depresión
47	27	Varón	Soltero	Médico	Contratad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	5	No hay	Sin Depresión
48	46	Varón	Casado	Enfermera	Nombrad	8	ansiedad lev	Con Ansiedad	9	depresi	Con Depresión
49	35	Varón	Soltero	Téc. enfermería	Contratad	6	ansiedad lev	Con Ansiedad	1	No hay	Sin Depresión
50	39	Mujer	conviviente	Téc. enfermería	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	20	depresi	Con Depresión
51	29	Mujer	Soltero	Psicologa	Contratad	2	No hay ansi	Sin Ansiedad	0	No hay	Sin Depresión
52	41	Varón	Soltero	Téc. enfermería	CAS	4	No hay ansi	Sin Ansiedad	7	No hay	Sin Depresión
53	33	Mujer	Soltero	Téc. enfermería	Contratad	5	No hay ansi	Sin Ansiedad	17	depresi	Con Depresión
54	35	Mujer	Casado	Enfermera	Nombrad	3	No hay ansi	Sin Ansiedad	11	depresi	Con Depresión
55	56	Varón	Casado	Médico	Nombrad	12	ansiedad lev	Con Ansiedad	5	No hay	Sin Depresión

Fuente : Elaboración propia

ANEXO 8 PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María  
Escuela de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

**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**

Autor: Patricia Ximena Siu Oporto

Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia

Arequipa - Perú

2021

- 70 -

## 6 PREÁMBULO

En el 2019 , la enfermedad por coronavirus ( COVID 19) fue declarada como una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Para Abril del 2020 , había afectado a más de 140 países e infectado cerca de 2 millones de habitantes. Un brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS), es un desastre biológico que causa miedo, ansiedad y pánico profundos en aquellos expuestas. El COVID-19 se diferencia de epidemias anteriores por su capacidad de transmisión de persona a persona, de portadores asintomáticos, debido a esto el tratamiento supone un reto desafiante y es un gran factor estresor para el personal de salud, lo cual tiene un peso en la salud mental de estos trabajadores (1).

El personal en primera línea soporta una mayor presión laboral por el aumento de pacientes ,y además es expuesto a un mayor riesgo de infección. (2) Debido a esto la incidencia de ansiedad y depresión es alta entre el personal de salud durante el brote de COVID-19, encontrándose una prevalencia de ansiedad en 44,6% , y depresión de 50,4%. Tomando en cuenta el estigma en torno a los trastornos de salud mental, muchos miembros del personal de salud no se muestran dispuestos a buscar ayuda psicológica profesional (3).

El principal factor de riesgo para enfermedades psiquiátricas es el estrés , en especial un estado prolongado, en el cual se es más propenso a la depresión u otras trastornos mentales, lo que también aumenta el riesgo para infectarse. (2) Si comparamos a los ciudadanos de la epidemia de COVID-19, el personal de salud presenta un elevados niveles de depresión y ansiedad, en especial aquel de primera línea.(1) Dada el panorama desconocido a inicio de la pandemia, la escasez de equipos personales de protección , los entornos clínicos ajenos al habitual y el aislamiento del ámbito familiar, el personal de salud cuenta con un mayor riesgo de aparición o exacerbaciones de trastornos de salud mental (4).

Por tanto, es necesario investigar el estado psicológico del personal médico anti epidémico de primera línea ya que su salud mental, muchas veces es dejada en segundo plano.



## 7 PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 7.1 Problema de Investigación

#### 7.1.1 Enunciado del problema

¿Cuál es 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?

#### 7.1.2 Descripción del problema

##### 7.1.2.1 Área del conocimiento

- 7.1.2.1.1 Área general: Ciencias de la Salud
- 7.1.2.1.2 Área Específica: Medicina Humana
- 7.1.2.1.3 Especialidad: Psiquiatría
- 7.1.2.1.4 Línea: Riesgos psicosociales en el trabajo

##### 7.1.2.2 Análisis u operacionalización de variables e indicadores

**VARIABLES DEPENDIENTES**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD</b> <b>/CATEGORÍA</b>	<b>ESCALA</b>
Ansiedad en el personal de salud	Puntaje de escala de ansiedad Hamilton	en 0-5: no ansiedad. 6-14: ansiedad leve. de $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
Depresión en el personal de salud	Puntaje de escala de depresión Hamilton	en 0-7: no depresión. 8-14: distimia. de $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal

**VARIABLES INDEPENDIENTES**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD</b> <b>/CATEGORÍA</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	< 30 31-45 46-60 >60	Años	Cuantitativa
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo	Nominal

**7.1.2.3 Interrogantes básicas**

- 7.1.2.3.1 ¿Cuál es la prevalencia de depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 7.1.2.3.2 ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 7.1.2.3.3 ¿Cuáles son las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 7.1.2.3.4 ¿Cuáles son las características sociales que influyen en el desarrollo de depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 7.1.2.3.5 ¿Cuáles son las características laborales que influyen en el desarrollo de ansiedad en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?
- 7.1.2.3.6 ¿Cuáles son las características laborales que influyen en el desarrollo de depresión en personal médico y no médico en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19 de la red Camaná Caravelí, Arequipa 2021?

#### **7.1.2.4 Tipo de investigación**

Analítico

#### **7.1.2.5 Diseño de investigación**

Estudio Observacional, transversal

#### **7.1.2.6 Nivel de investigación**

Comparativo y Analítico

## 7.2 Justificación del problema

### **Justificación científica:**

El estudio propuesto tiene una justificación científica, ya que durante el brote de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), el aumento de la presión laboral conduce a un estado emocional negativo en el personal de salud, tal cual muestran diversos estudios, en especial en China donde inicio el brote de COVID-19 (3).

### **Justificación social:**

El estudio propuesto tiene una justificación social debido a que el COVID 19 desde su brote inicial en la región de Wuhan China, ha cambiado el mundo como lo conocemos, dándole paso a un aumento en la necesidad de personal de salud, muchas veces sobrecargando al personal ya contratado, y por lo tanto aumentando la carga física y emocional en los trabajadores de salud; esto se ve reflejado en su salud mental, muchas veces siendo infravalorado tanto por el mismo personal, como sus superiores.

### **Factibilidad:**

Así mismo, el estudio es factible de ejecutarlo gracias a que existen antecedentes de estudios similares a nivel internacional, en donde se toma importancia a la salud mental de los trabajadores en el contexto de la pandemia COVID 19.

### **Justificación personal:**

En cuanto a la motivación personal, observé a lo largo de mis estudios, como no se suele dar prioridad la salud mental de los trabajadores en el primer nivel de atención, muchas veces sobrecargando al personal de salud ya existente, debido a que se da prioridad a enfermedades en un ámbito más físico que mental; debido a esto encuentro importante establecer los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia COVID 19.



## Objetivos

### 7.2.1 Objetivo general:

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

### 7.2.2 Objetivos específicos:

- Determinar 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
- Establecer 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
- Demostrar si existe diferencia entre 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
- Determinar cuáles son los factores sociales y laborales asociados a 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

## 7.3 Hipótesis: planteada del preámbulo

Dado que se ha observado a lo largo de esta pandemia COVID-19, una gran demanda de pacientes afectados por el COVID y que requieren cuidados médicos y no médicos de urgencia, en servicios de salud en el primer de atención, probable que exista diferencia entre la prevalencia, y factores asociados en personal médico del primer nivel de atención, y aquellos que no sean personal médico.

## 8 PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 8.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**8.1.1 TÉCNICA** Se usará la técnica de encuesta

**8.1.2 INSTRUMENTOS:** Ficha de recolección de datos (anexo 1), en la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3), consentimiento informado (Anexo 4)

**8.1.3 MATERIALES:**

- ✓ Hojas de cálculo de Google Forms
- ✓ Papel Bond
- ✓ Impresora o fotocopidora
- ✓ Lápiz
- ✓ Borrador
- ✓ Computadora portátil
- ✓ Microsoft Word
- ✓ Microsoft Excel
- ✓ Ficha de recolección de datos
- ✓ Cuestionarios Hamilton de ansiedad y de depresión
- ✓ Hojas de consentimiento informado

### 8.2 Campo de verificación

**8.2.1 Ubicación espacial**

El estudio se realizará en primer nivel de atención de la provincia Camaná-Arequipa

**8.2.2 Ubicación temporal**

El estudio se desarrollará en el periodo comprendido entre mayo del año 2021.

**8.2.3 Unidades de estudio**

**8.2.3.1 Universo:** personal médico y no médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa

❖ Criterios de inclusión:

- ❖ Personal de salud del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa
- ❖ Personal médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa
- ❖ Personal no médico del primer nivel de atención de la provincia Camaná- Arequipa

❖ Criterio de exclusión:

- ❖ Personal que se encuentre con permiso de licencia
- ❖ Fichas llenadas incorrectamente o incompletas
- ❖ Personal de salud que sufra trastorno psiquiátrico previo

**8.2.3.2 Tamaño de la Muestra:** Todos aquel personal médico y no médico que respondan la encuesta realizada por medio de google forms o de manera física, y que cumplan con los criterios de inclusión

**8.2.3.3 Procedimiento de muestreo:** Voluntario

### 8.3 Estrategia de recolección de datos

#### 8.3.1 Organización

- Se presentará proyecto a dictaminador y jurados, una vez aprobado el proyecto se procederá dar a conocer el proyecto y encuestas entre personal de salud del primer nivel de atención de la provincia Camaná con el fin de conseguir su consentimiento y participación.
- Se invitará a participar de la investigación a todos aquel personal de salud del primer nivel de atención de la provincia Camaná que cumplan con los criterios de inclusión.
- Se les explicará en qué consiste la investigación y se les invitará a realizar la encuesta

- Una vez concluida la recolección de datos, se procederá a comparar los resultados obtenidos entre los dos grupos de pacientes y su relación con los distintos factores

### 8.3.2 Recursos

#### 8.3.2.1 Humanos

- Investigadora
- Asesora
- Personal de salud que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto

#### 8.3.2.2 Materiales

- Computador personal con programas Microsoft Word , Microsoft Excel y software estadístico.
- Google forms

#### 8.3.2.3 Financieros

##### 8.3.2.3.1 Autofinanciado

### 8.3.3 Validación de los instrumentos

#### **Test de Hamilton para depresión:**

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

Validada según el trabajo de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL

MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020” (19).

**Test de Hamilton para ansiedad:**

“Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador 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” (19). Validada según el trabajo de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020” (19).

#### **8.4 Criterios para manejo de resultados**

**a) Plan de Procesamiento** Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación. Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

**b) 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 presentaran como proporciones. La comparación de variables categóricas 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.



## 9 CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividades	ENERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021
1. Elección del tema				
2. Revisión bibliográfica				
3. Sistematización de bibliografía sobre ansiedad y depresión				
4. Redacción del proyecto				
5. Aprobación proyecto de tesis por Asesor				
6. Dictamen de comité de ética de investigación				
7. Realización de encuesta				
9. Análisis e interpretación				
10. Informe final				

