

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA
PANDEMIA DE LA COVID – 19 EN EL PERSONAL
SANITARIO DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD –
CAJAMARCA**

Bachilleres:

Jesús Milagros Plasencia Revilla

Dayanna Yurixis Silva Izquierdo

Asesor:

Dra. Liz Verónica Álvarez Cabanillas de Guevara

Cajamarca – Perú

Junio – 2021

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA
PANDEMIA DE LA COVID – 19 EN EL PERSONAL
SANITARIO DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD –
CAJAMARCA**

**Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos
para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología**

Bachilleres:

Jesús Milagros Plasencia Revilla

Dayanna Yurixis Silva Izquierdo

Asesor:

Dra. Liz Verónica Álvarez Cabanillas de Guevara

Cajamarca – Perú

Junio – 2021

COPYRIGHT© 2021 by

JESÚS MILAGROS PLASENCIA REVILLA

DAYANNA YURIXIS SILVA IZQUIERDO

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid – 19 en el
personal sanitario de la red asistencial Essalud – Cajamarca**

Presidente: Dra. Lucia Milagros Esaine Suarez

Secretario: Mg. Cynthia Daniela Peña Muñoz

Asesor: Dra. Liz Verónica Álvarez Cabanillas de Guevara

A:

Nuestros madres, por brindarnos su apoyo incondicional en todo momento de
nuestra carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por brindarnos los cuidados y sabiduría necesaria para poder realizar la presente investigación.
- A nuestros padres por su apoyo constante durante los años de carrera universitaria.
- Un agradecimiento a nuestra asesora Dra. Liz Verónica Álvarez Cabanillas de Guevara por su guía constante en el camino académico.
- Un agradecimiento especial a la Psic. Doris Liliana Vallejos Lizárraga, por tener la paciencia necesaria y orientarnos dentro de Essalud.
- A la Red Essalud Cajamarca por darnos el permiso y facilidades para aplicar los cuestionarios

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal. Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal, en donde se evaluó a 150 personas que laboran como personal asistencial en la Red Asistencial Essalud – Cajamarca durante los meses de marzo, abril y mayo del 2021. Para la recolección de información se aplicó una ficha de datos demográficos y dos instrumentos de medición: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y Cuestionario sobre Salud del Paciente 9 (PHQ-9). Se encontró que existe un nivel leve (49%) de ansiedad, no presentan ansiedad (29%), ansiedad moderada (21%) y ansiedad severa (1%). Los niveles de depresión encontrados fueron sin depresión o mínima (89%), leve (9%), moderada (1%) y moderadamente severa y severa (0%). Las mujeres, enfermeras, el tener entre 60 años a más de edad, trabajar en el área covid-19 y tener entre 11 a 15 años de experiencia laboral son quienes desarrollaron mayores índices de ansiedad y depresión. Los principales síntomas fue el “sentirse muy alterado” y “sentirse cansado o con poca energía”.

Palabras claves: personal sanitario, ansiedad y depresión.

Abstract

The present research aims to determine the degree of anxiety and depression during the Covid-19 pandemic in personnel. A descriptive cross-sectional design was used, where 150 people who work as healthcare personnel in the Essalud - Cajamarca Assistance Network during the months of March, April and May 2021 were evaluated. demographic data and two measurement instruments: Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). It was found that there is a mild level (49%) of anxiety, no anxiety (29%), moderate anxiety (21%) and severe anxiety (1%). The levels of depression found were without depression or minina (89%), mild (9%), moderate (1%) and moderately severe and severe (0%). Women, nurses, being between the ages of 60 and over, working in the covid-19 area and having between 11 and 15 years of work experience developed higher rates of anxiety and depression. The main symptoms were “feeling very upset” and “feeling tired or with little energy”.

Keywords: personal health, anxiety and depression.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos	7
1.3.1. General	7
1.3.2. Específicos.....	7
1.4. Justificación	8
CAPITULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de investigación	11
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	11
2.1.2. Antecedentes Nacionales	19
2.2. Bases Teóricas	21
2.2.1. Ansiedad.....	21
2.2.2. Depresión	26
2.3. Definición de términos básicos	39

2.3.1. Ansiedad.....	39
2.3.2. Depresión	40
2.3.3. Pandemia	40
2.3.4. Covid-19.....	40
2.3.5. Coronavirus	40
2.3.6. Personal sanitario	40
2.3.7. Salud mental.....	40
CAPITULO III.....	42
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	42
3.1. Tipo de investigación	43
3.3. Población, muestra y unidad de análisis	43
3.3.1. Población.....	43
3.3.2. Muestra.....	44
3.3.3. Unidad de análisis	45
3.4. Instrumento de recolección de datos	46
3.4.1. Escala del Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	46
3.4.2. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9).....	47
3.4.3. Ficha de datos sociodemográficos	48
3.5. Procedimiento y recolección de datos	48
3.6. Análisis de datos.....	49
3.7. Consideraciones éticas	49

CAPITULO IV	51
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
4.1. Análisis de resultados	52
4.2. Discusión de resultados	59
CAPITULO V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones	66
REFERENCIAS	67
LISTA DE ABREVIATURA	80
GLOSARIO	81
ANEXOS	82
ANEXO A	82
ANEXO B	83
ANEXO C	87
ANEXO D	88
ANEXO E	89
ANEXO F	91
ANEXO G	92
ANEXO H	94
ANEXO I	95

ANEXO J	96
ANEXO K	97
ANEXO L	98
ANEXO M	99
ANEXO N	100

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Datos sociodemograficos de los participantes	46
Tabla 2: Resultados descriptivos de (GAD-7) y (PHQ-9).....	54
Tabla 3: Niveles de ansiedad y depresión según sexo	55
Tabla 4: Niveles de ansiedad y depresion según edad	56
Tabla 5: Niveles de ansiedad y depresion según experiencia laboral	57
Tabla 6: Niveles de ansiedad y depresion según profesion	58
Tabla 7: Niveles de ansiedad y depresion según area de trabajo	59

LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1: Niveles de ansiedad durante la pandemia de la Covid-19.....52

Figura 2: Niveles de depresiòn durante la pandemia de la Covid-19.....53

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue desarrollada tomando en cuenta la actual crisis de salud que vive el mundo a raíz de la pandemia de la Covid-19 y su impacto en la salud mental, no solo de la población, sino en el personal sanitario que día a día se enfrenta por menguar las víctimas, estando dicho personal sanitario propenso a desencadenar una sintomatología de ansiedad y/o depresión por su ardua labor.

Así mismo, se consideró que no existe un estudio sobre dicho tema en nuestra localidad, aun cuando es un tema de mucha relevancia para la sociedad, puesto que, si el personal sanitario atraviesa algún episodio de inestabilidad emocional, no podrán brindar una atención adecuada a nuestra población.

Frente a lo planteado anteriormente, la presente investigación busca determinar el grado de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca, en el año 2021.

Por consiguiente, el informe de la investigación consta de cinco capítulos: en el capítulo I: Problema de investigación, se encuentra el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general y específicos; y la justificación de la investigación.

El capítulo II: Marco teórico, en donde se haya los antecedentes internacionales y nacionales, la base teórica de la investigación, así como la definición de términos básicos y la operacionalización de las variables.

En el capítulo III: Método de investigación, se encuentra el tipo, diseño, población, muestra y unidad de análisis de la investigación. Así mismo, se encuentra los instrumentos y procedimientos de recolección de datos, su respectivo análisis y las consideraciones éticas.

Por último, el capítulo IV contiene el análisis y discusión de resultados encontrados en la investigación. Posteriormente las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y anexos empleados.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

A finales del 2019 en Wuhuan – China comenzó una nueva enfermedad llamada covid -19, enfermedad que posteriormente se expandió en diferentes países llegando a ser considerada una pandemia por la forma de contagio y su severidad. (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el Perú, se registró el 6 de marzo del 2020 el primer caso, decretándose por el Gobierno Peruano, estado de emergencia sanitaria y aislamiento social obligatorio el 11 de marzo mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA; en tanto, el 24 de marzo se registró el primer caso en la ciudad de Cajamarca.

Han transcurrido los meses, no obstante, la enfermedad se ha propagado considerablemente, siendo el personal sanitario quien tiene que demostrar su profesionalidad habitual. Es así, como es inevitable el no contagiarse al estar en contacto directo con personas infectadas del virus, ascendiendo hasta el 31 de octubre del 2020 a 4480 médicos contagiados, 62 en UCI, y 236 médicos fallecidos en el Perú, entre ellos 106 positivos, 1 en UCI y 3 fallecidos son en Cajamarca (Colegio Médico del Perú, 2020). Mientras que la cifra de enfermeros asciende a más de 5 mil contagios en el Perú, de los cuales 71 murieron, de igual modo 92 técnicos en enfermería. (La Rosa, 2020).

El personal sanitario es considerado una población vulnerable a sufrir las patologías como ansiedad y depresión, por las mismas características de su profesión y la lucha constante por salvaguardar la vida de otros individuos (Carrillo y Rodgers, 2011). Es así, como la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en personal sanitario durante el año 2021 se ha visto

incrementado en un grado alto y medio respectivamente (Gutiérrez, Zelaya, Castellanos, y Domínguez, 2020).

De igual manera, según la Fundación Femeba (2020) al menos uno de cada cinco trabajadores sanitarios informa síntomas de ansiedad y depresión. Además, las tasas de ansiedad y depresión son más altas para el personal femenino y el personal de enfermería. Por lo cual, es evidente que personal sanitario esta propenso a experimentar trastornos de ansiedad y depresión, siendo una necesidad establecer formas de mitigar los riesgos de salud mental y ajustar las intervenciones durante la pandemia.

Así mismo, la repentina aparición de la covid-19 llegó acompañada no solo de muertes del personal sanitario alrededor del mundo, sino que según Lai et al. (2020) de distinta sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia, afectando su salud y su estabilidad emocional. Por tal motivo, a nivel internacional, se actualizó el “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Mientras que a nivel nacional se estableció el “Plan de Salud Mental (En el contexto Covi-19 – Perú, 2020-2021)”, que tiene como principal acción brindar atención remota, no solo a la población sino también al personal sanitario (MINSA, 2020). Mientras que, a nivel local se está desarrollando el “Plan de Implementación del Cuidado y Autocuidado de la Salud Mental”, el cual brinda actividades de regulación emocional mediante técnicas de relajación y pausas activas en el personal asistencial (Gobierno Regional de Cajamarca, 2020).

Durante la pandemia de la Covid-19 es el personal sanitario quien tiene una de las mayores cargas laborales, enfrentándose a una enfermedad desconocida y a experimentar un alto riesgo de desarrollar resultados desfavorables para su salud mental, como causa de la estigmatización social de la población por estar en contacto con infectados, los estrictos requerimientos de bioseguridad, la escasez de Equipos de Protección (EPP), el aislamiento, la necesidad de estar en estado de hipervigilancia, el no disponer de información y pautas de actuación claras (Brooks et al., 2020). Así mismo, el miedo mayor a contraer el virus y a infectar a sus familiares, amigos y colegas, y la manifestación de sentimientos de frustración (Caoa, J., 2020). Además de la posible presencia de problemas de salud mental previos o problemas económicos con los que venían atravesando (Wang, Zhang, et al., 2020). Todo lo mencionado anteriormente, contribuye a que el personal sanitario desarrolle una angustia emocional generalizada e incrementa el esfuerzo emocional y agotamiento físico generando mayor riesgo de desarrollar algún trastorno psiquiátrico asociado a la covid-19 (Pfefferbaum y North, 2020).

Por lo tanto, como menciona Lai, et al. (2020) y Huang, et al. (2020) el personal sanitario es altamente vulnerable a presentar trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión, insomnio, angustia, estrés post traumático y somatizaciones. Además de episodios de crisis y síndrome de burnout (Lecca, 2020).

Ante lo planteado anteriormente, nace la motivación para realizar la presente investigación, con la que pretendemos determinar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en el personal

sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca. Cabe resaltar que la población de estudio de esta investigación es el personal sanitario en general, es decir aquellos que atienden a pacientes covid, así como personal sanitario que no atiende.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

- Determinar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca.

1.3.2. Específicos

- Describir el nivel de ansiedad y depresión según las características demográficas (sexo, edad, experiencia laboral, profesión y área de trabajo) en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca.
- Establecer y describir la principal sintomatología manifiesta según la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca.

- Establecer y describir la principal sintomatología manifiesta según el cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca.

1.4. Justificación

La presente investigación se desarrolló tomando en cuenta que la covid-19 es una enfermedad altamente contagiosa que llegó de momento inesperado, expandiéndose y siendo grave de manera significativa; pasando a ser considerada por la OMS (2020) como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional.

La motivación principal para realizarla, fue con el objetivo de incrementar nuestros conocimientos científicos y poder favorecer a la línea de investigación de Psicología y Salud Pública. Es decir, obtener datos relevantes que más adelante sirvan de base a futuras investigaciones en el área de la salud, dado que en el actual momento no se ha registrado investigaciones sobre ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en personal sanitario de Cajamarca.

Por otro lado, es importante que el personal sanitario que brinda atención a infectados y/o sospechosos se encuentren en un estado óptimo de salud mental, a fin de poder desenvolverse adecuadamente en sus labores. Es así, como esta investigación funcionará de sustento para al desarrollo de programas preventivos, además de una intervención en donde reciban un apoyo psicológico y también se pueda brindar una correcta intervención psicológica

en ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en el personal sanitario.

Por tal motivo, esta investigación encuentra su justificación en la necesidad de determinar los niveles de ansiedad y depresión en personal sanitario, para que a partir de ahí se pueda abordar una problemática que viene afectando el mundo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Las bases teóricas de la presente investigación se encuentran constituidas por aquellas investigaciones que han tratado el problema de investigación, tanto a nivel internacional y nacional. Las investigaciones revisadas muestran un panorama amplio sobre el estado de la salud mental que atraviesa el personal sanitario durante la pandemia de la covid-19. Mientras que, a nivel local, hasta el momento de la redacción no se han registrado investigaciones de dicho tema.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Lai et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a la covid-19 en China, dicha investigación fue un estudio transversal. El instrumento que se utilizó fue una encuesta estratificada por regiones, recopilando datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores sanitarios en 34 hospitales. Se encontró que un 60,8% eran enfermeras y un 39,2% eran médicos. Presentaron síntomas de depresión (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34,0%) y angustia (71,5%). Concluyeron que las mujeres, las enfermeras y los trabajadores de atención médica de primera línea tienen un alto riesgo de desarrollar resultados desfavorables de salud mental y pueden necesitar apoyo o intervenciones psicológicas.

Huang et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal en China con la finalidad de conocer el estado psicológico del personal sanitario que lucha contra la infección del Covid -19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ejecutarla se aplicó la escala de

autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS), aplicándolo a 230 personas, de los cuales 70 eran médicos y 160 enfermeras, 43 eran hombres y 187 mujeres. Dentro de los resultados, se encontró una tasa de ansiedad de 23,04% (ansiedad severa 2,17, ansiedad moderada 4,78% y ansiedad leve 16,09%); mientras que referente al trastorno de estrés fue del 27,39%. Se halló que los puntajes de ansiedad de las enfermeras fueron mayores que la de los médicos, y el puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres. Llegaron a concluir que el personal sanitario tiene una alta incidencia de ansiedad y de estrés y que las instituciones de salud deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras.

Li et al. (2020) llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de conocer la afectación involuntaria de los profesionales sanitarios a desarrollar síntomas similares a los de sus pacientes. Utilizaron un cuestionario de datos demográficos y traumatismo vicario a través del celular "Sojump", aplicándolo a 526 enfermeras ((234 enfermeras de primera línea y 292 enfermeras de segunda línea) y 214 personas de la población en general. Como resultado del presente estudio se obtuvo que los niveles de trauma vicario fueron significativamente más bajos en las enfermeras de primera línea, mientras que los puntajes fueron mayores en la población general en comparación con las enfermeras de primera línea.

Koulong Wu y Xuemei Wei (2020) realizaron un estudio en China con una muestra de 120 personal médico (60 grupo experimental y 60 grupo control),

con el objetivo de analizar el estado psicológico, el estado de sueño y de rehabilitación del ejercicio del personal clínico de primera línea en la lucha contra la covid-19. Emplearon cinco pruebas: la lista de verificación de síntomas 90 (SCL-90), la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS), la escala de depresión de autoevaluación (SDS), la versión civil de lista de verificación de PTSD (PCL-C) y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). Llegaron a las conclusiones que hubo diferencias significativas en las pruebas entre el grupo experimental y el grupo de control; además se encontró que el grupo experimental presenta insomnio leve (11,67%), insomnio moderado (61,67%) e insomnio severo (26,67%).

Chew et al. (2020) realizaron un estudio multinacional y multicéntrico sobre los resultados psicológicos y los síntomas físicos asociados entre los trabajadores de la salud durante el brote de Covid -19 en la India y Singapur. Los instrumentos que utilizaron fueron las escalas de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21) y la escala de impacto de eventos revisada (IES-R) aplicándolo a 906 trabajadores asistenciales. Se observó depresión moderada a muy grave 5,3%, ansiedad moderada a extremadamente grave 8,7%, ansiedad moderada a extremadamente grave 2,2% y 3.8% para niveles moderados a severos de angustia psicológica. El síntoma con más frecuencia fue el dolor de cabeza 32,3%, y un 33,4% presentaban más de cuatro síntomas. Finalizaron su estudio mencionando que la presencia de síntomas físicos se asocia con puntuaciones medias más altas en las pruebas.

Pappa et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de compendiar y examinar las evidencias sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e

insomnio durante la pandemia de Covid -19 entre los trabajadores sanitarios en China y Singapur, en una muestra de 33,062 personal asistencial y de 13 estudios transversales. Se utilizó la escala de ansiedad de autoevaluación de Zung (SAS), escala de ansiedad (GAD-7) y la escala de depresión autocalificada de Zung (SDS). Encontraron una tasa de prevalencia en ansiedad de 23,2%, en depresión 22,8% e insomnio un 38,9%; además fueron las enfermeras quienes mostraron mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con el personal médico y masculino. Demostraron así, una asociación significativa entre la prevalencia de síntomas físicos y los resultados psicológicos entre los trabajadores de la salud durante el brote de Covid – 19.

Preti et al. (2020) desarrollaron una investigación descriptiva en China, Canadá, Taiwán, Corea del Sur, Arabia Saudita, Grecia, Nigeria, Sierra Leona, Liberia, Singapur y Japón con la finalidad de conocer el impacto psicológico de los brotes epidémicos y pandémicos en los trabajadores de la salud. Utilizaron 44 estudios (34 a personal asistencial y 10 a personal administrativo), dichos estudios investigaron los resultados psicológicos mediante cuestionarios como la escala de eventos (IESR) y entrevista. Se encontró que un 45% presentaba ansiedad severa, síntomas depresivos de 27,5 a 50,7%, síntomas de insomnio 34 a 36,1%), estrés postraumático 11% -73,4%, y síntomas psiquiátricos generales 17,3 a 75,3% durante 6 meses hasta 3 años después de la epidemia, brote o pandemia. En cuanto a los factores de riesgo, hallaron que los principales son la personalidad, el nivel

de exposición de los pacientes afectados y el apoyo organizacional que reciben.

Liang, Wu, Zhou, Huang, Zhou, y Liu (2020) ejecutaron un estudio descriptivo, con la finalidad de comparar los efectos en la salud mental de los trabajadores médicos de primera línea con la población general durante la epidemia de covid -19. La muestra fue conformada por 899 participantes de 28 provincias de China (personal asistencial) y 1104 participantes de 31 provincias de China (población), a quienes aplicaron de manera virtual una batería de pruebas como el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el índice de gravedad del insomnio (ISI) y la escala de resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC-10). Hallaron que, del personal asistencial, un 23,13% presentaba síntomas de depresión, 13,14% ansiedad y 10,64% insomnio; mientras que la población en general mostró un 18,25% de síntomas de depresión, 9,22% ansiedad y 7,17% de insomnio.

Santamaría, Etxebarria, Rodríguez., Albóndiga-Mayor, y Gorrochategui (2020) realizaron una investigación sobre el impacto psicológico de la covid-19 en una muestra de 421 profesionales sanitarios, de los cuales 83 eran hombres y 338 eran mujeres, a quienes se aplicó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21) y la escala de insomnio de Atenas (EIA). Los resultados revelaron un 46,7% del personal sanitario presentaba estrés, 37% ansiedad, 27,4% depresión y 28,9% trastornos de sueño. También, que un 71,5% había tenido contacto con personas infectadas por la covid - 19 y el

44,4% indicó que sentía miedo al contagio, mientras que un 88,4% percibía que la población estaba respetando las normas de confinamiento.

Muñoz-Fernández et al. (2020) desarrollaron una investigación de tipo descriptiva en México sobre el estrés, las respuestas emocionales, los factores de riesgo, la psicopatología y el manejo del personal sanitario durante la pandemia de la covid-19. Detectaron que para los trabajadores sanitarios la pandemia de la covid-19 es un factor de riesgo de problemas de salud mental que demanda evaluación y atención oportuna. Además, se encontró que los principales factores de riesgo son la estigmatización social de la población, los estrictos requerimientos de bioseguridad, la incomodidad del equipo protector, la carencia de equipos suficientes, el aislamiento, la necesidad de estar en hipervigilancia, el ser mujer y estar embarazada; y los principales factores protectores que evitan desarrollar problemas emocionales son el afrontamiento positivo, la autoafirmación, la canalización de los sentimientos, el humor, el autocuidado, la capacidad de buscar ayuda, llevar un estilo de vida saludable, mantener redes de apoyo, la resiliencia y tener pasatiempos.

Gutiérrez, Cruz, y Zaldivar (2020) realizaron una investigación descriptiva sistemática en Ecuador y Cuba, con el fin de sintetizar acciones para la gestión de la seguridad psicológica del personal sanitario en condiciones de emergencia por pandemia de la covid-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. Para dicha investigación se utilizó el método de presentación de revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA), en donde utilizaron 7346 artículos del tema. Luego de analizar el contenido se reveló que el impacto de

la covid-19 en la salud mental del personal sanitario es evidente y que es necesario un sistema de acciones para organizar su trabajo, lo que les permitirá verlos no solo como tratantes de la enfermedad, sino como personas vulnerables y necesitadas de ser objeto de la gestión de su seguridad para su salud mental, siendo una necesidad esencial del momento en el que vivimos.

Niuniu, Msc et al. (2020) llevaron a cabo un estudio fenomenológico de Colaizzi, para analizar cualitativamente la experiencia psicológica de 20 enfermeras que atendían a pacientes con covid-19 en el Primer Hospital Afiliado de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Henan – China. Realizaron entrevistas con las preguntas ¿Cuáles son los principales sentimientos psicológicos de los proveedores de atención de enfermería hacia los pacientes con covid-19?, ¿Cuáles son sus estrategias de afrontamiento? y ¿Cuáles son sus percepciones frente a la epidemia? Además, de subpreguntas: ¿Cómo se sintió al aceptar la tarea anti epidémica?, ¿Cómo se siente cuando trabaja con pacientes con covid-19?, ¿Cómo afronta los cambios en su trabajo y su vida? y ¿Cuáles son sus pensamientos y sentimientos acerca de esta tarea antipidémica? Obtuvieron que, las enfermeras demostraron mayores emociones negativas durante la primera semana que iniciaron a trabajar durante la pandemia. Adoptaron defensas psicológicas como la evitación, el aislamiento, la especulación, el humor, la timidez. Demostraron que la mayoría de las enfermeras crecieron psicológicamente bajo presión, mostrando una actitud auto reflexiva y encontraron fuerzas positivas como expresar más aprecio por la salud, la familia y el apoyo social.

Caoa (2020) realizó un estudio descriptivo sobre las necesidades básicas y psicológicas, el bienestar de los trabajadores médicos en la Clínica de Fiebre de un Hospital General Terciario en Beijing durante el brote de covid-19. Su muestra fueron 37 trabajadores asistenciales (16 médicos, 19 enfermeras, y 2 técnicos clínicos) a quienes se les ajustó condiciones de vida adecuadas: convivían en un edificio designado solo para ellos, horarios de trabajo: de 8 a 12 horas de turno con descansos accesibles, seguridad médica: equipos de protección, dieta y horarios de descanso adecuados. A las dos semanas se les aplicó el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) y maslach inventario de desgaste (MBI), así como también una entrevista de 40 a 90 minutos a todos los participantes. Como resultado obtuvieron que los médicos (6,3% de la muestra) se sintió nervioso después de escuchar la noticia en la televisión de que algunos médicos estaban infectados. Las enfermeras (52,6%) informaron emociones negativas, incluida la preocupación y la ausencia de miembros de la familia, la preocupación por la infección y el estrés. Los técnicos se sintieron emocionalmente estables. Además, 6 médicos y 11 enfermeras informaron molestias corporales leves, como cansancio, dolor de garganta, tos, dolor de cuello y hombros, dolor de espalda, dolor de cabeza y náuseas, micción frecuente y erupción cutánea. Finalizaron su estudio concluyendo que la sintomatología presentada puede estar relacionada con el hecho de que todavía no existe un medicamento definitivamente eficaz contra la covid-19.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Jiménez Calderón, A. (2020) realizó un estudio epidemiológico, observacional, transversal, prospectivo y relacional sobre la satisfacción laboral y salud mental en los profesionales de salud de primera y segunda línea durante el inicio de la pandemia por covid-19 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión – Essalud, Tacna, para el cual utilizó el cuestionario Font Roja y el cuestionario General Health Questionnaire – 12. Su muestra estuvo constituida por 99 profesionales asistenciales, de las cuales un 71% fueron mujeres y el personal de primera línea fue el 58%. Observó que el personal asistencial de primera línea mostró en satisfacción laboral en una media 3.47 y bienestar mental 2.34, de la misma forma, los de segunda línea mostraron una media de satisfacción laboral 3.54 y bienestar psicológico 2.33, es decir mostraron un promedio por encima de la media. Concluyó su investigación mencionando que el personal del Hospital Daniel Alcides Carrión representó un nivel bajo de satisfacción laboral en personal de EsSalud debido a la covid-19.

Condori Arias-, Y. (2020) determinó la asociación entre la exposición a la 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, a través de un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Utilizó el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9), la escala de trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7) e índice de gravedad del insomnio (ISI), mediante una encuesta virtual a 395 médicos que trabajaban en el hospital covid-19 y no covid-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Los

resultados mostraron asociación entre la exposición a la covid-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio. Por lo cual, un 56,7% presentaban síntomas de depresión, 35,7% de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Además, las características que mostraron asociación a la depresión y ansiedad fueron: el ser mujer, el tener alguna enfermedad crónica, la presencia de algún colega infectado, el manejar pacientes infectados, el tener un familiar o conocido infectado; y las características que mostraron asociación para insomnio fue el contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) disminuyendo su probabilidad de insomnio. Por otro lado, el trabajar en un hospital Covid-19 no mostró relación ni asociación con la presencia ni severidad de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, ya que según los resultados los médicos que pertenecían a hospitales no covid-19, presentaron mayor frecuencia, severidad y puntajes que aquellos que laboraban en hospitales covid-19.

Lecca, J. (2020) realizó un estudio descriptivo, correlacional, transversal sobre la comunicación y estrés laboral durante la covid-19 en el personal asistencial de los Centros de Salud-MINSA Llacuabamba y Parcoy. Utilizó una muestra de 53 trabajadores sanitarios, aplicándoles la escala valorativa de la comunicación interna y la escala de valoración de posibles casos de estrés laboral (EADG-12). Se encontró que una mayor proporción percibió a la comunicación laboral como poco adecuada 67,9% y el nivel del estrés laboral fue predominantemente leve 43,3%. Las dimensiones de la comunicación como dirección de la comunicación, redes de comunicación, selección del canal de comunicación y barreras de comunicación, fueron mayoritariamente

poco adecuados 56,6%, 60,4% 66,0% y 60,4% respectivamente. Concluyó que existe una relación significativa ($p < 0,05$) entre la comunicación y el estrés laboral durante la covid-19.

2.2. Bases Teóricas

Conociendo el problema de investigación, analizaremos las conceptualizaciones, etiología, sintomatología y niveles de la ansiedad y depresión. Del mismo modo, abordaremos la pandemia de la Covid-19 y su impacto en la salud mental. Además, conceptualizaremos a personal sanitario y sus factores de riesgo para desarrollar ansiedad y/o depresión.

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes (Fernández, Jiménez, Almirall, Sabina, y Cruz, 2012). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984). Por tanto, la ansiedad se concibe como un estado emocional producto de la percepción, ya sea consciente o inconsciente del individuo sobre una situación. (Epstein, 1972).

Para Sandín y Chorot (1995) la característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor

funcional importante. En tanto, la ansiedad es un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual que se produce cuando los sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables para los intereses vitales del individuo (Clark y Beck, 2012).

Así pues, la ansiedad se asocia con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede inhabilitar como cualquier otra enfermedad física crónica (Bulbena, 1986).

La ansiedad constituye un estado emocional desagradable, que se orienta al futuro y genera malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (Lewis, 1980). En tanto, los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psiquiátrica, aunque a veces pasan desapercibidos y, por ende, no llevan un tratamiento. (Fernández, Jiménez, Almirall, Sabina, y Cruz, 2012).

2.2.1.1. Etiología

Todos los enfoques están de acuerdo que la ansiedad es una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional (Sierra, Ortega, y Zubeidat, 2003). A continuación, realizaremos un breve recorrido por los múltiples factores biológicos, psicodinámicos, psisociales,

traumáticos y de aprendizaje que tratan de explicar el origen de la ansiedad a lo largo de la historia.

- Factores Biológicos: según Reyes-Ticas (s.f.) existe una predisposición genética en la mayoría de los trastornos de ansiedad, en especial en los trastornos por pánico, fobia social y obsesivo compulsivo, llegando a experimentar entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno.
- Factores Psicodinámicos: la ansiedad se concibe como un signo de amenaza proveniente de los impulsos reprimidos del individuo, que comienza a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva (Freud, 1964).
- Factores Psicosociales: dentro de ellos tenemos los problemas de vínculos interpersonales, laborales y académicos, problemas sociales y económicos, cambios en el sistema de vida, entre otros, siendo la consecuencia de los trastornos de ansiedad (Reyes-Ticas, s.f.).
- Factores Traumáticos: el ser partícipe de acontecimientos inesperados como secuestros, enfermedades, desastres, violaciones, etc., que causan un impacto traumático en la persona que lo vivencia genera episodios de ansiedad (Reyes-Ticas, s.f.).
- Factores de Aprendizaje: existen factores cognitivos y conductuales que explican el origen de la ansiedad. Hull (1952) menciona que la ansiedad se da como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Vásquez-

Barquero (1998) considera que patrones cognitivos distorsionados anteceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. Entonces, la ansiedad se presenta como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

2.2.1.2. Síntomas

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo (OMS, 2017). Por lo cual, es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos (Zung, 1965).

- Somáticos: aumento de tensión muscular, mareos, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblores, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias y diarrea.
- Afectivos: dentro de estos se encuentran los cognoscitivos, conductuales y afectivos, como la intranquilidad, inquietud, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas

catastróficas, deseos de huir, temor a perder la razón y el control y una sensación de muerte inminente.

2.2.1.3. Niveles

Spitzer (2006) establece que el estado de ansiedad se puede clasificar por cuatro niveles o grados. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).

- No hay ansiedad o normal: el individuo experimenta ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes circunstancias cotidianas, puesto que cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida.
- Ansiedad Leve: el individuo se encuentra en un estado de alerta. A su vez, su percepción y observación son las que más funcionan dado que muestran más energía enfocada a la situación causante de ansiedad. Dentro de su reacción fisiológica, puede manifestar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial y temblor de labios (Cook y Lee 1993).
- Ansiedad Moderada: tiene un nivel más limitado de sus capacidades. Su percepción se reduce, es decir tiene dificultades para percibir lo que está pasando a su alrededor, pero puede observar si otra persona le

dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. En cuanto a sus reacciones fisiológicas, puede presentar respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial elevada, boca seca, estómago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir. (Cook y Lee 1993).

- **Ansiedad Severa:** el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por lo cual la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuida y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal. Sus reacciones fisiológicas en este nivel es la respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo y expresión facial de terror (Cook y Lee 1993).

2.2.2. Depresión

La depresión es un estado anormal del individuo, que se caracteriza por la presencia de signos y síntomas como bajo estado de ánimo, actitud pesimista, falta de espontaneidad y signos vegetativos específicos (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1983). Es decir, es un estado interno de aflicción y abatimiento a nivel

cognitivo y conductual, que influye significativamente en el quehacer total de la persona (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009).

Según el APA (1995) la alteración del humor es la principal característica, es decir la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido, una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades. También se presenta con síntomas asociados como alteraciones del sueño y/o apetito, agitación o lentitud psicomotora, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o idea e intentos suicidas.

Novoa (2002) manifiesta que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes a la que están propensas los individuos puesto que en la actualidad vivimos en mundo lleno de diversos cambios que perturban a los individuos, generándoles crisis ya que no saben identificar su sintomatología inicial, dejando pasar sin darles importancia y convirtiéndose en un trastorno que es parte de cada individuo. Cabe resaltar que la depresión representa un problema de salud pública. Por lo cual la depresión esta propensa a estar presente en cualquier tipo de población, además desarrollarse desfavorablemente, trayendo consecuencias graves según la evolución y tipo de sintomatología, la respuesta al tratamiento y las redes de apoyo con las que se cuente (Recalde, 1998).

2.2.2.1. Etiología

Son varios los modelos que tratan de aclarar el origen de la depresión, dado su etiología multifactorial (genética, química y psicosocial) y la particularidad de sus síntomas en cada persona (Cáceres, 2017). A continuación, describiremos un enfoque general de la perspectiva biológica, cognitiva e interpersonal de la depresión.

- **Biológico**

El modelo biológico plantea que la combinación de los factores evolutivos, ambientales e interpersonales generan la depresión, puesto que alteran la neurotransmisión de los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, cambiando así los circuitos de recompensa y castigo, lo cual tiene que ver con una disfunción en la noradrenalina (conducta), dopamina (función motora, cognitiva y social) y serotonina (humor y temperamento) (Gerrig y Zimbardo, 2005). Esta disfunción afecta el sistema neurovegetativo y endocrino, sobre todo en la secreción de cortisol, tiroides y la hormona somatotropina (González de Rivera y Monterrey, 2009).

Por tanto, el sistema nervioso tiene un rol considerable en el origen de la depresión, ya que existen estudios capaces de identificar componentes orgánicos que miden la presencia de los neurotransmisores en fluidos corporales (sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, saliva (González de Rivera y Monterrey, 2009). Como es el caso de los estudios de neuroimagen, donde se observa

disminución y menor volumen de materia gris en la corteza prefrontal, disminución de la amígdala y disminución de flujo cerebral y/o del metabolismo en el núcleo caudado, corteza prefrontal, temporal y parietal inferior.

- Cognitivo

Las teorías cognitivas plantean que los procesos cognitivos son una de las principales causas de la depresión, es decir depende de cómo analiza el individuo lo que ocurre. Estas teorías confieren el origen de la depresión a las cogniciones negativas (Vázquez y Sanz, 2009). Dentro de este modelo se encuentra la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y la Teoría de la Desesperanza Aprendida de Martin Seligman.

- Teoría Cognitiva de Aaron Beck

La Teoría Cognitiva de Aaron Beck (1987) plantea que en la depresión existe una distorsión al momento de procesar la información, la cual ocasiona que la persona tenga una visión distorsionada de la realidad (Sanz y Vázquez, 2009). Es esperable que ante un evento que suponga pérdida o fracaso, las personas se sientan tristes y abatidas, sin embargo, las personas deprimidas valoran excesivamente esos eventos negativos, dando lugar a la “tríada cognitiva”: pensamientos negativos hacia sí mismos (autoperibirse como una persona sin valor), hacia el mundo (percibir las demandas externas como “imposibles de realizar”) y hacia su futuro (creencia de que nada mejorará y que se quedará en

ese estado de desesperanza para siempre). Esta tríada es la resulta de una amplificación de los sentimientos negativos, ya sea en su duración, frecuencia o intensidad, lo cual origina que se maten todas las experiencias y se desencadenen los síntomas restantes de la depresión.

Sin embargo, más allá de todas las causas que pudieran originar una depresión no endógena, Beck afirma que en muchos casos esta se debe a la interacción de tres factores: las creencias disfuncionales, darles demasiado valor a las experiencias negativas y, por último, el que ocurra un determinado estresor a lo anteriormente mencionado.

La Teoría Cognitiva de Beck considera que, además de la tríada cognitiva, hay otros elementos cognitivos clave que explican la depresión: los pensamientos automáticos negativos, los errores cognitivos y la disfunción en los esquemas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Los pensamientos automáticos negativos porque el individuo no se da cuenta de ellos; mientras que los errores cognitivos hacen referencia a la mala forma de procesar información; y la disfunción en los esquemas que está presente en los individuos con depresión puesto que tienden a magnificar la información negativa y minimizar la información positiva.

- Teoría de la Desesperanza Aprendida

Seligman (1975) plantea que cuando un individuo no puede controlar una situación (indefenso) tiende a desencadenar reacciones

depresivas. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) replantearon la teoría de Seligman, enfatizando en el tipo de atribuciones que la persona realiza acerca del motivo de su indefensión, ya que, para ellos, el exponerse a eventos fuera de su control no es suficiente para originar reacciones de depresión (Sanz y Vázquez, 2009).

Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones varían en las siguientes dimensiones: interna (hacia uno mismo, por ejemplo: “es mi culpa”) – externa, global (que lo abarcan todo: “toda mi vida es un fracaso”) – específica y estable (irreversible: “siempre me pasa esto”) – inestable.

- Interpersonal

El enfoque interpersonal señala que el origen, conservación y tratamiento de la depresión se encuentran influidos por factores interpersonales, es decir, sociales y familiares. Es así como consideran a la depresión como “una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales las personas solían obtener apoyo social, en donde la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos” (Coyne, 1976, citado por Sanz y Vázquez, 2009).

2.2.2.2. *Síntomas*

Según Zung (1965) la sintomatología de la depresión se puede agrupar en cinco categorías:

- Afectivo

El individuo que sufre depresión tiende a tener un descenso en su estado de ánimo. Pueden mostrar pesimismo, abatimiento emocional, desesperanza, sensación de vacío e incapacidad de mostrar sentimientos. Además de mostrar disforia (malestar por la vida, disgusto o insatisfacción vital), anhedonia (incapacidad para experimentar placer o para disfrutar de las cosas), ansiedad, sentimientos de soledad y aislamiento, sentimientos de culpa y de fracaso y los deseos incontrolables de llorar, aunque en las formas crónicas puede manifestar un bloqueo emocional, sintiéndose incapaz de llorar.

- Fisiológico

Hacen referencia a dolores de cabeza y musculares, visión borrosa, sequedad de boca o molestias abdominales (diarrea, gases, estreñimiento, vómitos, náuseas, etc.). Además de problemas de sueño inicial, medio o terminal, como despertares frecuentes durante la noche o un despertar precoz (se despiertan de madrugada y ya no pueden volver a conciliar el sueño). Así como también pueden mostrar hipersomnia, falta de energía, pérdida del apetito o disminución del deseo sexual, manifestando ambos sexos problemas en las fases de excitación y orgasmo.

- Psicomotor

El individuo deprimido muestra una actividad motora reducida, es decir pueden tener un enlentecimiento psicomotor y pueden

presentar una inhibición extrema. Por otro lado, progresivamente deja de realizar actividades placenteras, así como también pueden aislarse, dejando de relacionarse con los demás e incluso abandonando su trabajo.

- Psíquicos

Hace referencia a problemas de confusión o sentimientos de vacío, estados de desesperanza, indecisión e insatisfacción por su vida de la persona que lo padece. Así mismo pueden experimentar sentimientos de desvaloración personal e ideas suicidas.

2.2.2.3. Niveles

La depresión se puede categorizar en función a la presencia o no de síntomas dentro del cuadro general de depresión (Zung, 1965).

- Ninguna o mínima: ausencia de síntomas o ligera sintomatología que afecta a la persona pero que no impide la función de sus labores cotidianas.
- Depresión Leve: patología de baja intensidad con presencia de síntomas que no incapacitan, sin embargo, impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.
- Depresión Moderada: presencia de una indiferencia por su entorno más próximo, auto reproches, auto acusaciones, falta de apetito, el deseo sexual baja, existencia de cansancio y elude la actividad, puede permanecer en silencio.

- Depresión Moderadamente Severa: la intensidad de los síntomas es más alta que puede derivar en un mutismo absoluto, delirios producto de su pensamiento pesimista sobre el presente, pasado y futuro y a los eventos que se den en la familia, autoacusaciones, expectativas de castigo e ideas suicidas, manteniendo un llanto, mostrando en ocasiones irritabilidad o indiferencia, fatigabilidad, teniendo una pérdida de peso notable. (Bracamonte y Díaz, 2015)
- Depresión Severa: la depresión severa tiene síntomas como el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, un bajo nivel de energía e interés por la vida, molestias fisiológicas, cambios en los patrones de alimentación, sueño y pensamiento, además de la presencia de movimientos ya sean lentos o agitados. Dicha sintomatología se puede presentar más de dos semanas causando problemas para desenvolverse en los ámbitos de su vida por lo cual el individuo necesita tratamiento profesional.

2.2.3. Trastornos mentales durante la pandemia de la covid-19

2.2.3.1. *Pandemia de la Covid-19*

Según la OMS (2020) la Covid-19 es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus descubierto a finales de diciembre de 2019 en China, enfermedad que se fue expandiendo hacia diferentes partes del mundo sembrando miedo en la población por lo cual se declaró como pandemia mundial el 11 de marzo.

Para el MINSA (2020) la covid-19 se propaga a través de las gotículas mediante el contacto cercano con una persona que está infectada. Dichas

gotículas son expulsadas a través de la nariz o de la boca de una persona contagiada al toser, estornudar o hablar. Además, se puede contraer la enfermedad al tocar superficies contaminadas y luego tocarse los ojos, nariz o boca.

En cuanto a la sintomatología presentada, el MINSA (2020) nos menciona que son tos seca, fiebre mayor a 38° persistente, cansancio, dolores y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, disenterías, pérdida del gusto y olfato, dificultad para respirar, dolor o presión en el pecho e incapacidad para mover o hablar. Sin embargo existe personas asintomáticas que son portadoras de la enfermedad, dichas personas a pesar de no tener la sintomatología poseen una carga viral, que ha contribuido a la rápida propagación de la enfermedad convirtiéndola en una pandemia.

2.2.3.2. Ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19

La pandemia de la covid-19 ha cambiado la forma de vida de toda la población generando incertidumbre por el futuro (Hernández, 2020). El exceso de información, la alteración de las rutinas diarias, las precisiones económicas, el aislamiento social y el miedo a enfermarse podrían explicar que las personas manifiesten sintomatología ansiosa y depresiva.

Existe un aumento de síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia comparado con los estudios previos a la pandemia (Arias, Herrero, Cabrera, Chibas, y García, 2020). Analizando una de las investigaciones, tenemos al Centro Nacional de Investigación de Opinión (NORC) de la Universidad de Chicago, quienes realizaron una investigación considerando a 2,279 personas y quienes optaron por comparar personas encuestadas en el

2018 para los estudios del General Social Survey que se realizan anualmente en Estados Unidos. Teniendo como resultado que en el 2018 el 31% se describían como muy felices y en el 2020 bajo a un 14%. En cuanto a personas expuestas y no expuestas a la covid-19, mostraron síntomas de tensión (60% - 40%), cansancio (55% - 45%), dolor de cabeza (52% - 34%), llantos (48% - 32%), problemas estomacales (47% - 26%), irritabilidad (44% - 24%), falta de apetito (37% - 21%), taquicardia (29% - 17%), sudoración (24% - 8%) e insomnio (61% - 48%) respectivamente (Martínez-Taboas, 2020).

En tanto la ansiedad se ha percibido a través del tiempo como una respuesta cognoscitiva, comportamental y fisiológica, excesiva o prolongada, ante una situación percibida como amenazante, e incluso se presenta por algo que es reconocido por una idea sobrevalorada, que provocan en el individuo una respuesta emocional y psicofísica; esto prepara al individuo para enfrentarse a tal situación e incrementa la actividad somática y autonómica, controlada por la interacción de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático (Carrillo, Mendiburu, López, y Hernández, 2020).

Por otro lado, la depresión afecta de manera importante la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, deteriora su funcionamiento habitual y su calidad, siendo considerada una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad y los gastos directos e indirectos relacionados con ella afectan de manera importante la economía de los países (Vázquez, 2016).

2.2.4. Ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en personal sanitario

La pandemia de la covid-19 ha traído un cambio radical, en un corto tiempo el modo de vida y la economía de casi todo el mundo se ha visto afectada. Sin embargo, dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario, debido al riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como lo son la ansiedad y depresión (Torres-Muñoz V., et al.).

En las investigaciones revisadas se ha evidenciado estados emocionales semejantes en el personal sanitario durante la pandemia de la covid-19, siendo unos de los más frecuentes ansiedad y depresión. Para el personal sanitario, el desarrollar alguna sintomatología ansiosa o depresiva durante una pandemia resulta más que probable, ya que es bastante normal manifestar intranquilidad ante una pandemia no antes vista en tal magnitud.

Los principales síntomas que están propensos el personal sanitario son emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológico (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020). Dentro de los primeros tenemos impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza, anestesia emocional. En cuanto a los cognitivos esta la confusión o pensamientos contradictorios, dificultades de concentración para pensar de forma clara o para tomar decisiones, dificultades de memoria, pensamientos obsesivos y dudas, pesadillas, imágenes intrusivas, fatiga por compasión, negación y sensación de irrealidad. Respecto a los síntomas conductuales encontramos hiperactividad, aislamiento, evitación de situaciones y personas, verborrea, llanto incontrolado, dificultad para el autocuidado, descanso y para desconectarse

del trabajo. Finalmente, dentro de las fisiológicas encontramos dificultades respiratorias: presión en el pecho e hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, cefaleas, mareos, molestias gastrointestinales, contracturas musculares, taquicardias, parestesias, agotamiento físico, insomnio y alteraciones del apetito.

Si bien es cierto el personal sanitario viene demostrando que, a pesar de las circunstancias adversas, son capaces de organizarse, colaborar entre especialistas y adaptarse con resiliencia para poder atender a todos los pacientes con covid-19, se tiene que tomar en cuenta que son personas vulnerables a sufrir daños psicológicos, puesto que la tasa de trastornos mentales es más alta en personas contagiadas y en el personal sanitario (Arce, 2020).

2.2.4.1. Factores de riesgo a ansiedad y depresión en personal sanitario

Es importante mencionar que un “factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, 2020).

Entonces se puede manifestar que existen factores de riesgo que pueden causar que algunos trabajadores sanitarios experimenten problemas en su salud mental. Según la CEP (2020) estos factores de riesgo son:

- Desbordamiento en la demanda asistencial
- Proporcionar apoyo y atención sanitaria
- Exposición al desconuelo de las familias
- Dilemas éticos y morales

Así mismo diferentes autores como Brooks et al. (2020), Cao, J. (2020) y Wang et al. (2020) en sus investigaciones nos evidencian otros factores de riesgo tales como:

- Estigma social
- Estrictos requerimientos de bioseguridad
- Escasez de equipos de Protección (EPP)
- Necesidad de estar en estado de hipervigilancia
- No disponer de información y pautas claras
- Miedo de contagio
- Miedo de contagiar a sus familiares y colegas
- Problemas de salud mental previos
- Problemas económicos

En definitiva, la crisis ocasionada por la covid-19, ha traído consigo grandes retos para la estabilidad emocional del personal sanitario, por el gran estrés que se vive en los centros de atención. Por lo cual es fundamental detectar comportamientos indicativos de alteraciones en su salud mental a fin de mitigar sus efectos, realizando intervenciones de calidad y apoyo que aplaquen el posible desarrollo de alguna alteración en su salud mental.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Ansiedad

Se define como “una emoción caracterizada por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en los que un individuo anticipa un peligro inminente, catástrofe o desgracia” (American Psychological Association, 2015).

2.3.2. Depresión

“Estado afectivo negativo, que va desde infelicidad y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento, que interfiere con vida diaria” (American Psychological Association, 2015).

2.3.3. Pandemia

“Propagación mundial de una nueva enfermedad” (OMS, 2010).

2.3.4. Covid-19

“Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019” (OMS, 2020).

2.3.5. Coronavirus

“Es una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19” (OMS, 2020).

2.3.6. Personal sanitario

El personal sanitario es «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud (OMS,2010).

2.3.7. Salud mental

“Estado mental caracterizado por emociones de bienestar, buen ajuste conductual, ausencia de ansiedad y síntomas incapacitantes, y capacidad para

establecer relaciones constructivas y hacer frente a las exigencias y tensiones ordinarias de la vida” (American Psychological Association, 2015).

2.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Ansiedad	“Emoción caracterizada por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en los que un individuo anticipa un peligro inminente, catástrofe o desgracia” (APA, 2015)	Ordinal	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Preocupación excesiva - Preocupación desproporcionada - Intranquilidad - Dificultad para relajarse - Irritabilidad - Miedo - 	Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Depresión	“Estado afectivo negativo, que va desde infelicidad y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento, que interfiere con vida diaria” (APA, 2015).	Ordinal	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> - Interés de - Estado de - Problemas de - Fatiga - Problemas de - Pensamientos negativos - Concentración - Actividad motora reducida - Ideas suicidas 	Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

CAPITULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se mide y analiza estadísticamente los fenómenos. Además, es una investigación aplicada, dado que sus resultados se caracterizan por un alto potencial de aplicación en respuesta al problema de salud que vive la sociedad; además que se analizó conocimientos y teorías preexistentes para determinar y comprender las características de una población (Maleta, 2009), como es el caso de las ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en el personal sanitario.

3.2. Diseño de investigación

La investigación corresponde a un diseño descriptiva selectiva puesto que su objetivo es determinar el grado de eventos a través de la medición, para luego evaluar y describir procesos mentales y conductas manifiestas de una población (Ato, López y Benavente, 2013).

Se utilizó dos instrumentos de medición en un momento determinado, por lo que tuvo un corte transversal. Los instrumentos están orientados a medir el nivel de ansiedad y la depresión del personal sanitario.

3.3. Población, muestra y unidad de análisis

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por todo el personal sanitario que laboró en la Red Asistencial Essalud – Cajamarca (244 personas) durante la pandemia de la Covid-19 en los meses marzo, abril y mayo del 2021, tanto

personal covid-19 y no covid-19, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

Criterio de Inclusión:

- Personal sanitario que en el momento del estudio laboren en la Red Asistencial Essalud - Cajamarca, y que consintieran el llenado de las encuestas.

Criterio de Exclusión:

- Personal sanitario que llene de forma incompleta las encuestas.
- Personal administrativo de la Red Asistencial Essalud - Cajamarca

3.3.2. Muestra

Se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio (McMillian y Schumacher, 2005) ya que la muestra seleccionada presentó una característica en común (personal sanitario de la Red Essalud - Cajamarca), y fueron seleccionados al azar para su participación dentro del estudio a través de la aplicación de la ecuación de universos finitos. Dicha ecuación fue calculada utilizando un nivel de confianza de 95%, un margen de error de 5, población 244 personal sanitario. Así, la muestra quedó conformada por 150 personal sanitario de la Red Essalud – Cajamarca (ver Anexo C).

En donde se observa que las características demográficas de la muestra estuvieron conformadas por sexo masculino (47,3%) y sexo femenino (52,7%). Así mismo, su edad promedio se ubicó entre 50 a 59 años (40%), seguido de 40 a 49 años (36%), 30 a 39 años (16,7%) y finalmente entre 60 a

más (7,3%). En cuanto a su experiencia laboral, se identificó que representan entre 5 a 10 años (42%), entre 11 a 15 años (25,3%), menos de 5 años (17,3%) y más de 16 años (15,3%). Referente a la población de la muestra, se halló mayoría enfermeros (42%), técnicos en enfermería (33,3%) y médicos (24,7%). Finalmente, en el área de trabajo se identificó primero línea (82,7%) y segunda línea (17,3%) (ver Tabla 1)

3.3.3. Unidad de análisis

Una persona que brinda atención medica ya sea de sexo femenino o masculino, de la Red Asistencial Essalud - Cajamarca, cuya profesión puede ser médico, enfermero, técnico en enfermería u otro profesional de salud que su área de trabajo sea de primera o segunda línea covid-19.

Tabla 1
Datos Sociodemográficos de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	71	47,3%
	Femenino	79	52,7%
Edad	Entre 20 a 29 años	0	0,0%
	Entre 30 a 39 años	25	16,7%
	Entre 40 a 49 años	54	36,0%
	Entre 50 a 59 años	60	40,0%
	Entre 60 a mas	11	7,3%
Experiencia Laboral	Menos de 5 años	26	17,3%
	Entre 5 a 10 años	63	42,0%
	Entre 11a 15 años	38	25,3%
	Mas de 16 años	23	15,3%
Profesión	Medico	37	24,7%
	Enfermero	63	42,0%
	Técnico en enfermería	50	33,3%
	Otras profesiones de salud	0	0,0%
Área de Trabajo	Segunda línea/No Covid-19	124	82,7%
	Primera línea / Covid-19	26	17,3%

Nota: N=150

3.4. Instrumento de recolección de datos

3.4.1. Escala del Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

La escala GAD-7 es una herramienta creada en Estados Unidos en el 2006 por Robert Spitzer, Kurt Kroenke, Janet Williams y Bernd Lowe, obteniendo una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.92. Consta de 7 ítems que miden síntomas de ansiedad comunes, los tres primeros se basan en los criterios A y B del DSM-5, el resto incluyen criterios del DSM-5 y de otras pruebas de tamizaje (ver Anexo D).

Su validación en el Perú, traducida para la población (disponible en Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners), se dio por Ventura en 2009, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78

indicando su confiabilidad y pasando a ser parte de las pruebas validas por el Ministerio de Salud y ser aplicado en cualquier población.

Para conocer el nivel de ansiedad, se suman las puntuaciones en base a las respuestas marcadas: (0) ningún día, (1) menos de la mitad de los días, (2) más de la mitad de los días y (3) casi todos los días. Ofrece un puntaje total de 0 a 21, que determinan según intervalos el grado de los síntomas de ansiedad: (0-4) no se aprecia ansiedad, (5-9) leve, (10-14) moderada y (15-21) severa. (ver Anexo E).

3.4.2. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

El Cuestionario sobre la salud del paciente-9, es un instrumento orientado a medir el nivel de depresión, creado en 1999, a cargo de Spitzer RL (laboratorio líder a nivel mundial en el sector farmacéutico) dirigido por Robert J. Spitzer, Janet BW Williams y Kurt Kroenke. El test es la versión abreviada del PHQ, creado con anterioridad, siendo una versión autoadministrada del PRIME-MD, los cuales por la amplitud de ítems resultaba de cansada aplicación, sesgando el objetivo de la medición, por lo cual se rescata la actual versión abreviada que consta de 9 ítems (ver Anexo F).

Dichos ítems, están basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5 y medidos de la siguiente manera: (0) ningún día, (1) varios días, (2) la mayoría de los días y (3) casi todos los días. El cuestionario es unidimensional y el puntaje total para los 9 ítems varia de 0 a 27, dividiéndose en intervalos que determinan el grado de los síntomas de

depresión denotados a continuación: (0-4) ninguna o mínima, (5-9) leve, (10-14) moderada, (15-19) moderadamente severa y (20-27) severa. (ver Anexo G).

Respecto a las características psicométricas Spitzer, Kroenke, y Williams (2001) realizaron pruebas de validez y confiabilidad, encontrando un alfa de Cronbach de 0.89. Mientras que, en el Perú, se cuenta con una versión oficial presentada por los mismos autores (disponible en Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners) la cual no fue validada. Por tal motivo, en 2012 el Ministerio de Salud (MINSA), en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), dentro del marco del desarrollo de “Algoritmos de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión” realizó su validación por juicio de expertos, en una reunión técnica con la presencia de especialistas en salud mental, como lo son 23 psiquiatras, 3 psicólogos y 1 enfermera. Concluyeron que el PHQ-9 es un instrumento válido para el diagnóstico de depresión y que puede ser aplicado en el Perú en cualquier población.

3.4.3. Ficha de datos sociodemográficos

Con fines exploratorios y estadísticos, se procederá a recoger información respecto a ciertas características sociodemográficas de los participantes, a través de una ficha de datos sociodemográficos, para ser analizados posteriormente (ver Anexo H).

3.5. Procedimiento y recolección de datos

Para desarrollar la presente investigación se coordinó con el área de recursos humanos e investigación ética de Essalud, presentando un expediente dirigido al director Médico de la Red Asistencial Essalud Cajamarca, que incluía una

solicitud, una propuesta de proyecto de investigación y formatos, con la finalidad que autorice el permiso correspondiente para desarrollar la investigación.

Tras haber obtenido el permiso correspondiente, se procedió a ingresar a los 4 centros pertenecientes a la Red Asistencial: emergencias, consultorios externos, centro de adulto mayor y villa universitaria para poder aplicar los cuestionarios al personal asistencial de manera personal.

Es preciso mencionar, que al momento de la aplicación se explicó que serán llenadas de manera anónima, respetando el principio de confidencialidad estipulado en el código de ética del psicólogo. Así mismo, se informó la finalidad de la investigación y se hizo firmar su respectivo consentimiento informado.

3.6. Análisis de datos

Luego de haber aplicado los cuestionarios de recolección de datos, se procedió a procesar la información en un base de datos, utilizando el programa Excel. También se utilizó el programa Jamovi para medir las características de las respuestas, utilizando distribuciones de frecuencia como curtosis, simetría y media. Además, al ser datos no paramétricos, se empleó el coeficiente de Omega para medir el índice de confiabilidad ($\Omega = 0,799$) (Ver anexo I)

3.7. Consideraciones éticas

Para realizar la presente investigación, se tuvo en cuenta los principios bioéticos establecidos por la American Psychological Association (APA, 2016), se consideraron principios y normas éticas: el principio de beneficencia

y no maleficencia, ya que los resultados de la investigación se utilizarán para generar cambios positivos en la población beneficiaria.

El principio de integridad, puesto que en todo momento se explicó de forma clara los objetivos de investigación, haciéndoles firmar un consentimiento informado. (ver Anexo J)

El principio de respeto por los derechos y la dignidad de las personas ya que los instrumentos se aplicaron de manera anónima y solo servirán con fines de investigación. Para finalizar, la publicación de la investigación se realizó de acuerdo a las normas APA con la finalidad de no caer en plagio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Evaluando el nivel de ansiedad durante la pandemia de la Covid-19, se halló que en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca, predomina el nivel leve (49%), seguido de no apreciar ansiedad (29%), luego encontramos un nivel de ansiedad moderada (21%) y finalmente el nivel severo (1%) (Ver figura 1).

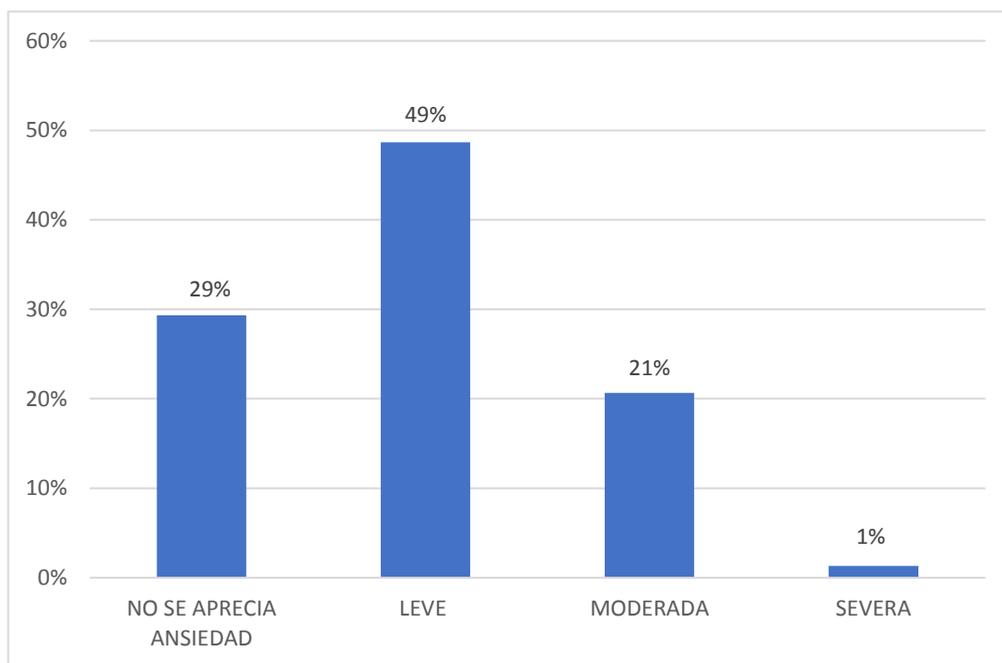


Figura 1

Niveles de ansiedad durante la pandemia de la Covid-19

Nota: N=150.

Mientras que, nivel de depresión durante la pandemia de la Covid-19, se encontró que en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca, no hay o es mínima la depresión (89%), seguidamente de un nivel leve (9%), moderada (1%) y finalmente en los niveles moderadamente severa y severa (0%) (Ver figura 2).

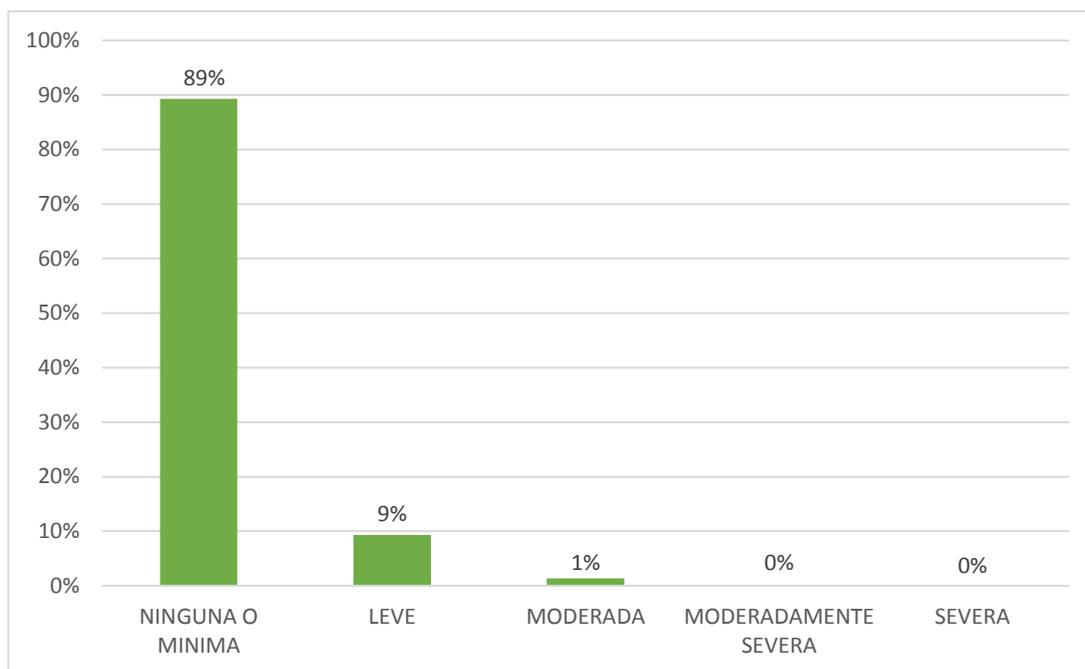


Figura 2
Niveles de depresión durante la pandemia de la Covid-19
Nota: N=150.

En relación a la principal sintomatología manifiesta según la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) en personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca, se encontró que el “sentirse ansioso o muy alterado” es el principal síntoma. Mientras que, la principal sintomatología según el cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) es el “sentirse cansado o con poca energía” (ver Tabla 2).

Tabla 2
Resultados descriptivos de (GAD-7) y (PHQ-9)

Descriptivos	PHQ-1	PHQ-2	PHQ-3	PHQ-4	PHQ-5	PHQ-6	PHQ-7	PHQ-8	PHQ-9	GAD-1	GAD-2	GAD-3	GAD-4	GAD-5	GAD-6	GAD-7
N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Perdido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0.420	0.273	0.127	0.553	0.0867	0.0733	0.100	0.0800	0.0133	1.00	0.813	0.927	0.987	0.953	0.887	0.913
Mediana	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	3	1	2	3	1	2	2	1	1	3	3	3	3	3	2	3
Sesgo	1.19	1.02	3.01	0.906	2.95	4.12	3.27	3.11	9.53	0.697	0.512	0.514	0.163	0.187	0.152	0.653
Error estándar de asimetría	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141	0.141
Curtosis	1.63	-0.961	8.98	0.398	6.77	17.9	10.7	7.74	71.2	-0.579	-0.251	0.0736	-0.0804	-0.388	-0.891	0.568
Error estándar de curtosis	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281	0.281
Shapiro-Wilk W	0.663	0.557	0.373	0.735	0.315	0.270	0.334	0.300	0.0898	0.823	0.809	0.820	0.794	0.809	0.801	0.803
Shapiro-Wilk P	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Referente a los niveles de ansiedad y depresión del personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca según sus características demográficas se encontró que:

- Sexo

Se halló que las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad (7,06) y los hombres (5,83). De igual modo, en depresión, las mujeres presentan un mayor nivel ((2,10) y hombres (1,31) (ver Tabla 3).

Tabla 3
Niveles de ansiedad y depresión según sexo

	Sexo	PHQ	GAD
N	Masculino	71	71
	Femenino	79	79
Faltante	Masculino	0	0
	Femenino	0	0
Media	Masculino	1,31	5,83
	Femenino	2,10	7,06
Mediana	Masculino	1,00	5,00
	Femenino	1,00	7
Desviación estándar	Masculino	1,94	3,15
	Femenino	2,34	3,74
Mínimo	Masculino	0	0
	Femenino	0	0
Máximo	Masculino	10	12
	Femenino	11	15

Nota: N=150.

- Edad

Se encontró que las edades de los que presentan un mayor nivel de ansiedad se encuentran entre 60 años a más (9,82), seguido del personal sanitario entre 40 a 49 años (7,11), entre 50 a 59 años (6,72) y finalmente el personal entre 30 a 39 años (3,08). Por otro lado, se identificó que las edades del personal sanitario que

presenta depresión se encuentran entre 60 años a mas (4,00), luego entre 40 a 49 años (1,94), entre 50 a 59 años (1,60) y entre 30 a 39 años (0,56) (ver Tabla 4).

Tabla 4
Nivel de ansiedad y depresión según edad

	Edad	PHQ	GAD
N	Entre 30 a 39	25	25
	Entre 40 a 49	54	54
	Entre 50 a 59	60	60
	60 años a mas	11	11
Perdidos	Entre 30 a 39	0	0
	Entre 40 a 49	0	0
	Entre 50 a 59	0	0
	60 años a mas	0	0
Media	Entre 30 a 39	0,560	3,08
	Entre 40 a 49	1,94	7,11
	Entre 50 a 59	1,60	6,72
	60 años a mas	4,00	9,82
Mediana	Entre 30 a 39	0,00	2,00
	Entre 40 a 49	1,00	7,00
	Entre 50 a 59	1,00	6,00
	60 años a mas	3,00	11,00
Desviación estándar	Entre 30 a 39	1,46	3,18
	Entre 40 a 49	2,07	3,43
	Entre 50 a 59	2,01	2,83
	60 años a mas	3,15	2,46
Mínimo	Entre 30 a 39	0	0
	Entre 40 a 49	0	1
	Entre 50 a 59	0	2
	60 años a mas	0	4
Máximo	Entre 30 a 39	7	14
	Entre 40 a 49	10	15
	Entre 50 a 59	11	15
	60 años a mas	9	13

Nota: N=150.

- Experiencia laboral

Referente a los niveles de ansiedad y depresión según su experiencia laboral del personal sanitario de Essalud, se encontró que los que tienen más de 16 años de experiencia mostraron un mayor nivel de ansiedad (8,39) y depresión (2,39).

Seguido del personal sanitario entre 11 a 15 años, con un nivel de ansiedad (7,13) y de depresión (2,00). Luego, se ubicó al personal entre 5 a 10 años, con una ansiedad (6,79) y depresión (1,79). Finalmente, con un grado menor de ansiedad y depresión se encontró al personal con experiencia de menos de 5 años (3,08) y (0,577) respectivamente (ver Tabla 5).

Tabla 5
Niveles de ansiedad y depresión según experiencia laboral

	Experiencia Laboral	PHQ	GAD
N	Menos de 5 años	26	26
	Entre 5 a 10 años	63	63
	Entre 11 a 15 años	38	38
	Mas de 16 años	23	23
Perdidos	Menos de 5 años	0	0
	Entre 5 a 10 años	0	0
	Entre 11 a 15 años	0	0
	Mas de 16 años	0	0
Media	Menos de 5 años	0,577	3,08
	Entre 5 a 10 años	1,79	6,79
	Entre 11 a 15 años	2,00	7,13
	Mas de 16 años	2,39	8,39
Mediana	Menos de 5 años	0,00	2,00
	Entre 5 a 10 años	1,00	6,00
	Entre 11 a 15 años	1,00	7,00
	Mas de 16 años	1,00	9,00
Desviación estándar	Menos de 5 años	1,29	2,74
	Entre 5 a 10 años	1,91	3,43
	Entre 11 a 15 años	2,66	2,90
	Mas de 16 años	2,45	3,01
Mínimo	Menos de 5 años	0	0
	Entre 5 a 10 años	0	1
	Entre 11 a 15 años	0	2
	Mas de 16 años	0	1
Máximo	Menos de 5 años	6	11
	Entre 5 a 10 años	10	15
	Entre 11 a 15 años	11	15
	Mas de 16 años	9	13

Nota: N=150.

- Profesión

En relación a su profesión, se puede observar que los enfermeros son los que tienen un mayor grado de ansiedad (7,35) y técnicos en enfermería (1,90) son los que presentan un nivel de depresión. En segundo lugar, se puede ubicar a los técnicos en enfermería presentando ansiedad (6,14) y enfermeros (1,83) con depresión. Finalmente, los médicos se encuentran con una ansiedad (5,46) y depresión (1,32) (ver Tabla 6).

Tabla 6
Niveles de ansiedad y depresión según profesión

	Profesión	PHQ	GAD
N	Medico	37	37
	Enfermería	63	63
	Tec. Enfermería	50	50
Perdidos	Medico	0	0
	Enfermería	0	0
	Tec. Enfermería	0	0
Media	Medico	1,32	5,46
	Enfermería	1,83	7,35
	Tec. Enfermería	1,90	6,14
Mediana	Medico	1,00	6,00
	Enfermería	1,00	8,00
	Tec. Enfermería	1,00	5,00
Desviación estándar	Medico	1,62	2,66
	Enfermería	2,26	3,44
	Tec. Enfermería	2,45	3,93
Mínimo	Medico	0	0
	Enfermería	0	1
	Tec. Enfermería	0	0
Máximo	Medico	7	12
	Enfermería	10	15
	Tec. Enfermería	11	15

Nota: N=150.

- Área de trabajo

Respecto al área de trabajo del personal sanitario, se encontró que la primera línea – covid 19 presenta un mayor nivel de ansiedad (9,42) y depresión (2,00); mientras que el área de segunda línea – no covid 19 muestra un nivel de ansiedad y depresión menor (5,86) (1,67) respectivamente (ver Tabla 7).

Tabla 7
Niveles de ansiedad y depresión según área de trabajo

	Área de Trabajo	PHQ	GAD
N	Segunda línea	124	124
	Primera línea	26	26
Perdidos	Segunda línea	0	0
	Primera línea	0	0
Media	Segunda línea	2,00	9,42
	Primera línea	1,67	5,86
Mediana	Segunda línea	1,00	9,50
	Primera línea	1,00	5,50
Desviación estándar	Segunda línea	2,39	3,07
	Primera línea	2,15	3,29
Mínimo	Segunda línea	0	3
	Primera línea	0	0
Máximo	Segunda línea	9	15
	Primera línea	11	15

Nota: N=150.

4.2. Discusión de resultados

La presente investigación se enfocó en determinar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca. En tanto, se encontró que, respecto a ansiedad, existe un nivel leve (49%), moderada (21%) y no presentan ansiedad (29%). Mientras que, en depresión no hay o es mínima la depresión (89%), nivel leve (9%), moderada (1%). Dichos resultados son semejantes a los de Lai et al. (2020), quien en su investigación dirigida a los trabajadores sanitarios

que tratan a pacientes expuestos a la covid-19 en China encontraron que el (50,4%) presentaban síntomas de depresión y ansiedad (44,6%).

De otro lado, el porcentaje de los niveles de ansiedad que se encuentran en el presente estudio en un nivel leve (49%), nivel moderado (21%) y no presentan ansiedad (29%) ansiedad severa (0%), son diferente a lo reportado por Huang et al. (2020), en personal sanitario de China: ansiedad leve 16,09%, ansiedad moderada 4,78% y ansiedad severa 2,17%. En cuanto a los niveles de depresión, Condori Arias, Y. (2020) realizó una investigación en el personal sanitario de los hospitales de la región Arequipa, encontrando que 56,7% presentaban síntomas de depresión con severidades de leves a moderadas. Esto indica que el nivel de ansiedad en personal sanitario ha variado debido a que existe una adaptabilidad y/o normalización y existe un mayor conocimiento de la enfermedad.

Aunque las investigaciones sobre niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en personal sanitario son escasas, se consideró oportuno cotejar nuestros resultados con los obtenidos por Chew et al. (2020), quien halló en la India y Singapur que el principal síntoma era el dolor de cabeza. Mientras que, en nuestro estudio el principal síntoma encontrado a nivel de ansiedad fue el sentirse ansioso o muy alterado (1,00), seguido de tener dificultades para relajarse (0,987); y en depresión el sentirse cansado o con poca energía (0,553), seguido de poco interés o placer en hacer las cosas (0,420).

Referente al sexo que presenta mayores niveles de ansiedad y depresión, Lai et al. (2020), descubrieron que las mujeres tienen un alto riesgo de desarrollar

resultados desfavorables frente a la pandemia de la covid-19, coincidiendo con Pappa et al. (2020) y Condori Arias, Y. (2020). Resultado igual al presente estudio, en donde se encontró que las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad (7,06) y depresión (2,10).

Respecto a la profesión que está más propensa a desarrollar ansiedad y depresión a causa de la pandemia, existen diversos estudios, como los de Caoa (2020), Lai et al. (2020), Huang et al. (2020), Pappa et al. (2020) y Niuniu, Msc et al. (2020), quienes concordaron en sus hallazgos. Encontraron que la profesión que mostró mayor prevalencia a desarrollar ansiedad y depresión es enfermería. Comparando con la presente investigación, se puede decir que los resultados son similares, ya que se encontró que la profesión de enfermería es la más afectada (7,35) presentando ansiedad; mientras que en depresión se halló que los técnicos en enfermería son los más afectados (1,90).

Es importante mencionar que, en los estudios mencionados anteriormente, se encontró que el ser mujer y ser enfermera mostró una mayor incidencia a tener niveles de ansiedad y depresión en comparación con otras profesiones y sexo.

En cuanto al área de trabajo, en nuestro estudio se encontró que los trabajadores de primera línea (área covid-19), presentan un mayor nivel de ansiedad (9,42) y depresión (2,00) en comparación con los trabajadores de segunda línea (no covid-19). De igual modo, Lai et al. (2020), descubrió que los trabajadores de atención médica de primera línea tienen un alto riesgo de desarrollar ansiedad y/o depresión frente a la pandemia por la labor que realizan al brindar atención a pacientes contagiados con el virus.

Concerniente a su experiencia laboral, se pudo observar que a mayores años de experiencia en el campo existe un mayor nivel de ansiedad (más de 16 años = 8,39; entre 11 a 15 años = 7,13; entre 5 a 10 años = 6,79; menos de 5 años = 3,08), y depresión (más de 16 años = 2,39; entre 11 a 15 años = 2,00; entre 5 a 10 años = 1,79; menos de 5 años = 0,577) en el personal sanitario. Dichos resultados se dan debido a los factores de riesgo presentes en cada personal asistencial, como son los dilemas éticos y morales, problemas de salud mental previos y problemas económicos (Brooks et al., 2020).

En relación con la edad del personal sanitario que tiene un mayor nivel de ansiedad encontramos (entre 60 años a más = 9,82; entre 50 a 59 años = 6,72; entre 40 a 49 años = 7,11; entre 30 a 39 años = 3,08), y depresión (entre 60 años a más = 4,00; entre 50 a 59 años = 1,60; entre 40 a 49 años = 1,94; entre 30 a 39 años = 0,560), se puede observar que existe una variación entre las edades de 50 a 59 y 40 a 49 años en ansiedad y depresión. Esto indica que existe factores de riesgo desarrollado en ese periodo como lo menciona Wang et al. (2020), tales como la exposición al desconsuelo de las familias y el estigma social.

En definitiva, se puede decir que la ansiedad es un estado emocional, fruto de la percepción consciente o inconsciente referente a una situación, teniendo un impacto considerable en todas las áreas de la vida de las personas. Mientras que, la depresión es un estado interno de aflicción a nivel cognitivo y conductual, que al igual que la ansiedad, también influye en las áreas de los individuos. Es así, como ambas afectan el desempeño en el trabajo, como lo halló Jiménez Calderón, A. (2020), en su estudio desarrollado en el personal

sanitario del Hospital Daniel Alcides Carrión en Tacna, quien descubrió que existe un nivel bajo de satisfacción laboral debido a la covid 19. Así mismo, Condori Arias, Y. (2020), en su investigación desarrollada en los hospitales de Arequipa, encontró que existe una asociación entre la exposición a la covid – 19 y la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva.

De otro modo, se puede sostener que los niveles de ansiedad y depresión varían de acuerdo a los datos demográficos y factores de riesgo, es decir tienen una etiología multifactorial.

Una de las limitaciones de la presente investigación, es haber utilizado un diseño transversal. En tanto, se recomienda a futuras investigaciones realizar una comparación de los resultados obtenidos durante la pandemia y efectos psicológicos post covid.

Otra de las limitaciones se basa en orientar el presente estudio exclusivamente a personal asistencial. Con lo cual se excluyó a personal administrativo; por ello se sugiere replicar el estudio en todo el personal y además en otros hospitales.

Así mismo, identificar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en personal asistencial ayudará siendo la base para el desarrollo de programas preventivos y de intervención, en donde el personal asistencial reciba un apoyo psicológico y así brindar una correcta atención a la población.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los niveles de ansiedad existentes durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca son nivel leve (49%), no apreciar ansiedad (29%), ansiedad moderada (21%) y finalmente el nivel severo (1%).
- Los niveles de depresión existentes durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca: no hay o es mínima la depresión (89%), seguidamente de un nivel leve (9%), moderada (1%) y finalmente en los niveles moderadamente severa y severa (0%).
- Las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad y depresión que los hombres.
- Las edades que manifiestan un mayor nivel de ansiedad y depresión se encuentran entre 60 años a más.
- El tiempo de experiencia que mostró mayor nivel de ansiedad y depresión fue entre 11 a 15 años.
- La profesión que tuvo un mayor nivel de ansiedad fue enfermería y depresión fue técnicos en enfermería.
- El área de trabajo que mostró mayor nivel de ansiedad fue la primera línea-covid-19.
- El principal síntoma de ansiedad fue “el sentirse muy alterado” y el principal síntoma de depresión fue el “sentirse cansado o con poca energía”.

5.2. Recomendaciones

- Realizar investigaciones longitudinales para conocer los niveles de ansiedad y depresión, y compararla con los niveles actuales.
- Se sugiere replicar la presente investigación en diferentes hospitales con la finalidad de conocer los niveles de ansiedad y depresión, y así poder intervenir y/o prevenir.
- Realizar programas de prevención y/o intervención en el personal sanitario a fin de evitar aumente y/o desarrolle los niveles de ansiedad y depresión.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington: APA.

American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (Segunda ed.). Washington: APA.

Arce, Guevara, M. (2020). Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas covid. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud, Trujillo. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/6711/1/REP_MICHAEL.ARCE_ANSIEDAD.EN.PERSONAL.DE.SALUD.pdf

Arias, Y., Herrero, Y., Cabrera, Y., Chibás, D., y García, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la covid-19. *Rev. Haban cienc méd. La Habana* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2020000400012

Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3). doi:10.6018/analesps.29.3.178511

Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farias, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, vol. 50, núm. 1,

marzo, 2012, pp. 10-22. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile Santiago, Chile.

Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental (18 de noviembre de 2020). Ficha Técnica del Instrumento. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=248>

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Desclee de Brouwer

Biblio Pro (18 de noviembre de 2020). Ficha Técnica Cuestionario sobre la salud del paciente-9 <https://www.bibliopro.org/buscador/3720/cuestionario-sobre-la-salud-del-paciente-9>

Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. J. Vallejo (Ed.) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp. 236- 255). Salvat

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *La Lanceta*. Doi: 10.1016 / s0140-6736 (20) 30460-8

Caoa, J., Weia, J., Zhuh H., Duana Y., Genga W., Xia H., Jianga J., Zhaoa X., & Zhuc, B. (2020). A study of basic needs and psychological wellbeing of medical workers in the fever clinic of a tertiary general Hospital in Beijing during the covid-19 outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Doi <https://doi.org/10.1159/000507453>

Cáceres, F. (2017). Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una facultad en una universidad privada de

Lima Metropolitana. Tesis para optar el grado de maestro en psicología clínica. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Escuela de Posgrado. Lima. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1400>

Calderón, M., Gálvez-Buccollini, J., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C., y Fiestas, C. (2012). Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n4/a27v29n4.pdf>

Carrillo, L., y Rodgers, W. (2011). Prevalencias de las enfermedades psicológicas. Tesis, Universidad Tecnológica de Bolívar, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas <https://biblioteca.utb.edu.co/notas/tesis/0062622.pdf>

Carrillo Mendiburu J., Mendiburu Zavala C., López Ugalde A., y Hernández, M. (29 de mayo de 2020). Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga de México. *CCM*. <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3341>

Colegio Médico del Perú. (31 de octubre de 2020). Médicos con Covid-19 Positivo (Autoreporte). Colegio Médico del Perú-Consejo Nacional. <http://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>

Cook, S., y Lee, R. (1993). *Enfermería Psiquiátrica*. 2da Edición. Ed. Interamericana. España.

Condori Arias, Y. (2020). Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Arequipa. Tesis para optar el título profesional de médica cirujana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de

Medicina.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. España. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Chew, N. W. S, Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J.H.,...& Sharma, V.K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049

Diario El Peruano. (11 de octubre del 2020). Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>

Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 291-337). New York: Academic Press.

Fernández, O., Jiménez, B., Almirall, R., Sabina, D., y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. Pág. 467. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

Fundación Femeba. (2020). Prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. *Brain, Behavior, and Immunity*.
<https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/prevalencia-de-depresion-ansiedad-e-insomnio-entre-los-trabajadores-de-la-salud-durante-la-pandemia-de-covid-19-revision-sistemica-y-metanalisis-48242>

Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth.

Gerrig, R. J. y Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y Vida*. México D.F.: Pearson.

Gobierno Regional de Cajamarca. (8 de mayo de 2020). Hospital Covid-19 Simón Bolívar brinda asistencia de salud mental a personal que enfrenta el coronavirus. Recuperado de: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/1029>

González de Rivera, J. y Monterrey, A. (2009). *Psicobiología de la depresión*. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (autores), *Manual de Psicopatología, Volumen II* (pp. 299-314). Madrid: McGraw-Hill.

Gutiérrez, Álvarez, A. K., Cruz, Almaguer A.Y., y Zaldivar, Santos, E. D. (2020). *Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento*. *Revista Cubana de Enfermería*. 36(2)

Gutiérrez, M., Zelaya, S., Castellanos, E., y Domínguez, R. (2020). *Acciones realizadas en Latinoamérica y el mundo sobre Salud mental en el marco del covid-19* Recuperado de: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099611/resumen-acciones-realizadas-en-latinoamerica-y-el-mundo-sobre-_UUTxIao.pdf

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Recuperado de <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2588>

Hull, C. L. (1952). *A Behavior system*. New Haven: Yale University Press.

Jiménez Calderón, A. (2020). Satisfacción laboral y salud mental en los profesionales de salud de primera y segunda línea durante el inicio de la pandemia por sars-cov-2 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión – Essalud, Tacna – 2020. Tesis para obtener el grado académico de Licenciada en Tecnología Médica con mención en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Tacna.

Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*. Doi:10.3121/cmr.2016.1303

Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. (23 de marzo de 2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

La Rosa, L. (1 de setiembre de 2020). Colegio de Enfermeros informa que hay más de 5 mil profesionales contagiadas con coronavirus. *Gestión*. Recuperado de: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-colegio-de-enfermeros-informa-que-hay-mas-de-5-mil-profesionales-contagiadas-con-covid-19-nndc-noticia/?ref=gesr>

Lee, A., Wong, J., McAlonan, G., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P., et al. (2004). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Doi: 10.1177 / 070674370705200405

Lecca Flores, J. P. (2020). COVID-19: Relación entre comunicación y estrés laboral en el personal asistencial de los Centros de Salud-MINSA Llacabamba y Parcoy. Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. Trujillo.

Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. In G. D. Burrows & B. Davies (Eds.), *Studies on anxiety* (pp.1-15). Amsterdam

Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R.,... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi: 10.1016 / j.bbi.2020.03.007

Liang, Y., Wu, K., Zhou, Y., Huang, X., Zhou, Y., & Liu, Z. (2020). Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Doi:10.3390/ijerph17186550

Maletta, H. (2009). *Ciencia y producción científica. Epistemología aplicada: Metodología y técnica de la producción científica* (Primera ed., pág. 111). Lima: Novoa Print S.A.C.

Martínez, E., y Cerna, J. (1990). *Valoración del Estado de Salud*. Edit. OPS-OMS. Washington. EE.UU. America. Pp15-18.

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, covid-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? Revista Caribeña de Psicología. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L., Steinberg, R., y Mazzulli, T. (16 de abril de 2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. Recuperado de <https://www.cmaj.ca/content/168/10/1245.full>

Miguel-Tobal, J. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos & J. Mayor (Eds.). Tratado de psicología general: Motivación y emoción (pp.309-344). Madrid: Alhambra.

Ministerio de Salud. (2020). Síntomas del coronavirus. Recuperado de <https://www.gob.pe/8665-sintomas-del-coronavirus-conocer-si-puedo-haber-contraido-el-covid-19>

Muñoz-Fernández, SI., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., Esquivel-Acevedo, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Acta Pediatr Méx

Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima sur. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

Organización Mundial de la Salud (1992). La clasificación CIE-10 de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas de diagnóstico. Ginebra

Organización Mundial de la Salud. (2010). ¿Qué es una pandemia?
https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). Definición de ansiedad. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/anxiety/en/

Organización Mundial de la Salud. (14 de abril de 2020). Actualización de la estrategia covid-19. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19

Organización Mundial de la Salud. (11 de octubre de 2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Factores de riesgo. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud. (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/qcoronaviruses#:~:text=La%20COVID%2D19%20es,en%20diciembre%20de%202019.>

Ortiz-Tallo, M., Del Mar, M., Cano, J., Cardenal, V., Cerezo, V., Checa, A., Ferragut, M., Loinaz, M., Moreno, B., Ramos, N., Rando, M., y Zoilo, J. (2013). Trastornos Depresivos. Psicopatología Clínica. (pags. 51-53). Ed. Pirámide. Adaptado al Dsm-5

Osornio-Castillo, L., y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, VG, Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(1):2-6. Recuperado de <file:///E:/2020%20PSICOLOGIA%20I/RUMBO%20A%20LA%20TESIS/REFERENCIAS%20ORIGINAL/park2017.pdf>

Pfefferbaum, B., y North, Carol. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMp2008017

Plataforma digital única del estado peruano (6 de junio de 2020). Plan de Salud Mental, en contexto Covid-19 - Perú, 2020 – 2021.

Plataforma digital única del estado peruano. (11 de octubre del 2020). Coronavirus en el Perú: casos confirmados. <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-peru-casos-confirmados>

Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P.,... Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*. 22 (8). Doi: 10.1007 / s11920-020-01166-z

Recalde, J.M (1998). Tratamiento farmacológico de la depresión en atención primaria. *Bol Ter Andal Mono*; 16(2) 1-48

Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.

Reyes-Ticas, A. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. Recuperado de <http://www.bvs.hn/>

Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Santamaría, M. D., Etxebarria, N. O., Rodríguez, I. R., Albondiga-Mayor, J. J., & Gorrochategui, M. P. (2020). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. doi:10.1016/j.rpsm.2020.05.004

Sanz, J. y Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (autores), *Manual de Psicopatología, Volumen II* (pp. 272-298). Madrid: McGraw-Hill.

Shreffler, J., Huecker, M. y Petrey, J. (2020). The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review *Western Journal of Emergency Medicine*, 21 (5). Doi: 10.5811 / westjem.2020.7.48684

Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestare Subjetividade*. vol. 3, núm. 1, pp. 10 – 59. Universidad de Fortaleza. Fortaleza, Brasil

Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>

Spitzer, Robert L. (1999). Validación y utilidad de una versión de autoinforme de PRIME-MD. El estudio de atención primaria PHQ. *JAMA*, 282 (18), 1737–. doi: 10.1001 / jama.282.18.1737

Sun, N., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H.,... Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*. doi: 10.1016 / j.ajic.2020.03.018

Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Rev.Mex.* pp 1-9 <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>

Vásquez-Barquero J. (1998). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid.

Vázquez, C. y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (autores), *Manual de Psicopatología, Volumen II* (pp. 234-269). Madrid: McGraw-Hill.

Vázquez Machado, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. Multimed. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/202>

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, págs. 417-449.

Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (págs. 229- 264). Madrid: Alhambra.

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J. y Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *La lanceta*. doi: 10.1016 / s0140-6736 (20) 30547-x

Wu, K., y Wei, X. (2020). Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against covid-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res*. Doi: 10.12659/MSMBR.924085

Zung, W. (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70

Zhonghua, Lao, Dong, Wei, Sheng, Zhi, Ye, Bing, Za, & Zhi. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for covid-19. Doi: 10.3760 / cma.j.cn121094-20200219-00063.

LISTA DE ABREVIATURA

APA: Asociación de Psicólogos Americanos

CEP: Centro de Estudios Públicos

DIRESA: Dirección Regional de Salud

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EPP: Equipo de Protección Personal

GAD-7: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PHQ-9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9

GLOSARIO

Ansiedad: Es una emoción caracterizada por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en los que un individuo anticipa un peligro inminente, catástrofe o desgracia (APA 2015).

Covid-19: Es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019” (OMS, 2020).

Depresión: Es un estado afectivo negativo, que va desde infelicidad y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento, que interfiere con vida diaria” (APA, 2015).

Pandemia: Término que hace alusión a la propagación mundial de una nueva enfermedad (OMS, 2010).

Personal Sanitario: Son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud (OMS,2010).

ANEXOS

ANEXO A
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLES	MÉTODO DE MEDICIÓN	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la covid-19 en el personal sanitario de la Red Asistencial Essalud – Cajamarca?</p>	<p>General: Determinar los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparar el grado de ansiedad y depresión según las características demográficas (sexo, edad, experiencia laboral, profesión y área de trabajo). • Establecer y describir la principal sintomatología manifiesta según la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) • Establecer y describir la principal sintomatología manifiesta según el cuestionario sobre la salud del paciente-9(PHQ-9). 	<p>La motivación principal es con el propósito de incrementar los conocimientos científicos y poder favorecer a la línea de investigación de Psicología y Salud Pública. Además, funcionará de sustento para al desarrollo de programas preventivos y una intervención en donde reciban un apoyo psicológico adecuado, pudiendo brindar un servicio correcto a la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) • Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) 	<p>Tipo de investigación: Aplicada, dado que sus resultados se caracterizarán por un alto potencial de aplicación en respuesta al problema de salud que vive la sociedad.</p> <p>Diseño de investigación: Estudio descriptivo selectivo puesto que tiene como objetivo determinar el grado de eventos a través de la medición, para luego evaluar y describir procesos mentales y conductas manifiestas de una población.</p> <p>Análisis de datos: Excel y Jamovi; utilizando los siguientes estadísticos: media, mediana y desviación estándar.</p>

ANEXO B

BASE DE DATOS

N°	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					PHQ-9 (DEPRESION)									GAD-7 (ANSIEDAD)						
	SEXO	EDAD	EXPERIENCIA LABORAL	PROFESION	AREA DE TRABAJO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
2	2	3	4	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3	2	5	3	3	2	3	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2
4	2	2	2	3	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	3	2	2	1	1	2	3
5	2	5	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	1
6	2	3	2	2	1	0	0	0	3	1	1	0	1	0	2	2	2	2	2	2	3
7	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	
8	1	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2
9	2	4	3	3	2	1	1	2	2	1	2	1	1	0	2	3	3	2	1	2	2
10	1	3	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
11	2	2	1	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
12	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13	1	3	2	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	1
14	1	3	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
15	1	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	1
16	1	4	2	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2
17	2	5	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	3
18	1	3	3	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	1	0
19	1	4	3	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1	2	2	1	1
20	2	5	4	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1	1	1
21	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1
22	2	3	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
23	1	3	1	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
24	2	4	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0
25	2	4	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
26	2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
27	2	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	1
28	1	4	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
29	1	3	3	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1
30	1	4	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
31	1	2	1	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
32	2	4	2	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
33	2	4	2	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
34	1	4	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1
35	2	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	1	0	1	2
36	1	4	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

37	1	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
38	1	3	3	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1
39	2	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
40	1	4	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
41	2	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	1	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
43	2	4	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
44	2	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
45	2	4	3	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
46	1	3	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
47	2	3	2	3	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	3	2	2	2	2	1
48	2	4	4	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0
49	2	5	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	2	1	1	1
50	1	3	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
51	2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0
52	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
53	2	4	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
54	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	1	3	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	2	1	2	2
56	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	2	4	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
58	2	3	2	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0
59	2	3	2	3	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	2	2	3	2	2
60	1	4	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
61	1	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
62	2	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
63	2	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
65	2	3	2	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
66	1	2	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
67	1	3	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
68	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
69	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
70	1	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
71	2	5	4	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	3	1	3	1	1	1
72	1	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1
73	2	4	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
74	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
75	1	4	4	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
76	2	4	4	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
77	2	3	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	1
78	1	4	3	2	2	2	1	0	2	0	0	0	0	3	0	2	0	1	1	2
79	2	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
80	2	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1

81	2	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	2
82	1	4	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
83	2	4	4	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
84	2	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	0	1
85	1	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	1
86	2	3	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	1	3
87	1	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
88	2	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1
89	1	3	1	2	1	0	1	1	2	1	1	0	0	3	1	1	1	2	2	1
90	2	4	3	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1
91	1	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
92	2	4	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1
93	2	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	1
94	1	4	4	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	1	2
95	2	4	4	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	2	2	2	1
96	1	4	4	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1
97	1	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	1	1
98	1	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
99	2	5	4	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	3	2	2	1	1	0	0
100	2	4	4	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
101	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
102	2	3	2	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
103	2	4	3	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	1
104	2	3	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1
105	1	3	2	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1
106	1	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1
107	2	3	2	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	1	1
108	1	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0
109	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
110	2	5	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	2	1	0	1
111	2	3	2	2	1	0	1	1	2	1	0	0	0	2	3	1	1	2	1	3
112	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
113	2	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0
114	2	5	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1
115	2	4	4	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	1
116	1	3	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	2
117	1	3	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	1
118	2	4	3	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1
119	1	4	3	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	2
120	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
121	2	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1
122	1	4	4	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	2	1	2	1	2	2	2
123	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
124	1	4	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	1

125	1	3	2	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	
126	1	4	3	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	2	1	2	2	
127	2	4	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	2	1	2	
128	1	3	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	1	
129	2	5	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	1	1	1	1	
130	2	4	3	3	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	
131	2	4	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	
132	1	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	1	
133	1	3	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	2	1	1	2	
134	2	3	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	3	2	1	
135	2	4	2	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	1	2	
136	2	4	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	1	
137	1	4	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	
138	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
139	1	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	1	2	1	
140	2	3	2	2	2	2	1	0	1	0	0	1	0	2	0	1	1	2	2	1	
141	2	4	3	3	2	0	1	0	2	0	0	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1
142	1	4	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
143	1	3	2	3	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	2	0
144	2	4	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	2	1	1	2	
145	2	4	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
146	1	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	
147	2	3	2	2	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	1	
148	2	2	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	
149	2	5	4	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	2	2	2	1	1	1
150	1	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	

ANEXO C
CÁLCULO DE LA MUESTRA

Calculadora de muestra

Nivel de
Confianza : 95% 99%

Margen de
Error:

Población:

Tamaño de
Muestra:

Fuente: *Calculadora de muestras*. Obtenido de
<https://www.questionpro.com/es/calculadora-de-muestra.html>

ANEXO D

ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Instrucciones:

La presente escala tiene como objetivo determinar el nivel de ansiedad durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario. De esta manera, a continuación, se le presentará una serie de enunciados, responda con un aspa (x) la opción que mejor defina su respuesta en los últimos 15 días. Recuerde que su participación en el presente estudio es muy importante y la información que proporcione es muy valiosa por lo que le pedimos que conteste con sinceridad, pues los datos brindados únicamente serán usados para este estudio.

	Ningún día	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido ansioso o muy alterado(a).	0	1	2	3
2. No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan intranquilo(a) que no podía estarse quieto(a).	0	1	2	3
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

ANEXO E

FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

1. **Nombre Original:** Generalized Anxiety Disorder 7
2. **Autor/es:** Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B.
3. **Procedencia:** Estados Unidos
4. **Año de creación:** 2006
5. **Adaptación Española:** Escala para el trastorno de ansiedad generalizada7
6. **Autores de Adaptación:** García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Freire O, y Rejas J.
7. **Año de adaptación:** 2010
8. **Lugar de adaptación:** España
9. **Nivel de Confiabilidad:** se obtuvo coeficiente Alpha de Cronbach de 0,93.
10. **Validez:** no existen puntos de corte establecidos para la versión española. En la versión original, los autores proponen un punto de corte de mayor o igual a 10 encontrando valores de sensibilidad de 86,8% y de especificidad de 93,4%. Además, la escala correlacionó significativamente con las escalas HAM-A, HADS y WHO-DAS II.
11. **Finalidad:** medir el grado y síntomas de ansiedad
12. **Tipo de prueba:** encuesta
13. **Tipo de administración:** autoaplicada
14. **Ámbito de aplicación:** adultos
15. **Duración:** 10 min
16. **Extensión:** conformado por 7 ítems.
17. **Tipo de respuesta:** Respuesta tipo Likert de 4 opciones (0-3 puntos).

18. Alcances para su corrección:

A través de los resultados que arroja el instrumento, que oscilan de 0 a 21 puntos, se presentan 4 niveles: (0-4) no se aprecia ansiedad, (5-9) ansiedad leve, (10-14) ansiedad moderada y (15-21) ansiedad severa.

19. Dimensiones: la escala es unidimensional

ANEXO F

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Instrucciones:

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel de depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario. De esta manera, a continuación, se le presentará una serie de enunciados, responda con un aspa (x) la opción que mejor defina su respuesta en los últimos 15 días. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, simplemente respuestas honestas en función a su realidad pues los datos brindados únicamente serán usados para este estudio.

	Ningún día	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

ANEXO G

FICHA TÉCNICA DE CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

1. **Nombre Original:** Patient Health Questionnaire
2. **Autor/es:** Spitzer RL
3. **Procedencia:** Estados Unidos
4. **Año de creación:** 1999
5. **Adaptación Española:** Cuestionario sobre la salud del paciente-9
6. **Autores de Adaptación:** Díez-Quevedo C
7. **Año de adaptación:** 2001
8. **Lugar de adaptación:** España
9. **Nivel de Confiabilidad:** Alfa de Cronbach de 0.89 en pacientes de atención primaria.
10. **Validez:** valor de correlación de 0,84; validez de criterio un profesional de la salud mental validó 88% de sensibilidad y un 88% de especificidad.
11. **Finalidad:** medir el grado y síntomas de depresión
12. **Tipo de prueba:** encuesta
13. **Tipo de Aplicación:** autoaplicada
14. **Ámbito de aplicación:** adultos
15. **Duración:** 10 min
16. **Extensión:** conformado por 9 ítems
17. **Tipo de respuesta:** Respuesta tipo Likert de 4 opciones (0-3 puntos).
18. **Alcances para su corrección:**

A través de los resultados que arroja el instrumento, que varía de 0 a 27, dividiéndose en intervalos que determinan el grado de los síntomas de

depresión denotados a continuación: (0-4) ninguna o mínima, (5-9) leve, (10-14) moderada, (15-19) moderadamente severa y (20-27) severa.

19. Dimensiones: el cuestionario es unidimensional

ANEXO H

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones:

Marque con una (X) su respuesta. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar. Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación, por lo que se le solicita que responda con la mayor sinceridad.

1. ¿Cuál es su sexo?
 - a) Masculino
 - b) Femenino

2. ¿Cuál es su edad?
 - a) Entre 20 a 29 años
 - b) Entre 30 a 39 años
 - c) Entre 40 a 49 años
 - d) Entre 50 a 59 años
 - e) Entre 60 años a más

3. ¿Cuál es su experiencia laboral?
 - a) Menos de 5 años
 - b) Entre 5 a 10 años
 - c) Entre 11 a 15 años
 - d) Más de 16 años

4. ¿Cuál es su profesión?
 - a) Médico
 - b) Enfermero(a)
 - c) Técnico de enfermería
 - d) Otros profesionales de la salud Especificar:

5. ¿Cuál es su área de trabajo?
 - a) Primera línea – Covid-19
 - b) Segunda línea – No Covid-19

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL ESTUDIO

Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

McDonald's ω	
scale	0.799

[3]

Fuente: Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.

ANEXO J

ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes de la investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol de ella como participante.

La presente investigación es conducida por Jesús Milagros Plasencia Revilla y Dayanna Yurixis Silva Izquierdo, bachilleres en psicología de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. El objetivo de este estudio es determinar el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a dos cuestionarios, los cuales le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de las de esta investigación, además que serán llenadas de manera anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a las investigadoras.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jesús Milagros Plasencia Revilla y Dayanna Yurixis Silva Izquierdo. He sido informada, que el objetivo de este estudio es determinar el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia de la Covid-19 en el personal sanitario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme al teléfono 951609980 o al correo revilla452@hotmail.com.

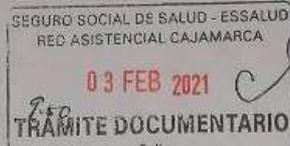
--

Nombre del participante
DNI:

Firma del participante

ANEXO K

SOLICITUD DE PERMISO PARA INVESTIGACION EN ESSALUD



SOLICITO PERMISO PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DIRECTOR ~~OFICIO DE LA RED ASISTENCIAL DE~~ ESSALUD CAJAMARCA

PLASENCIA REVILLA JESUS MILAGROS, identificada con el DNI N° 75373660, con domicilio legal en jr. Francia 118 de esta ciudad.

SILVA IZQUIERDO DAYANNA YURIXIS, identificada con el DNI N° 75065051, con domicilio legal en jr. Petateros 250 de esta ciudad; ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que habiendo terminado la carrera profesional de psicología en la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo y teniendo que acceder al personal asistencial del centro que usted tan dignamente dirige; solicito ordene a quien corresponde se me conceda dicha autorización para poder desarrollar mi tesis que lleva por nombre "NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD - CAJAMARCA"

Por lo expuesto solicitamos a usted Dr. Hans Huayta Campos, accedes a mi petición por ser de justicia.

Cajamarca, 20 de Enero del 2020

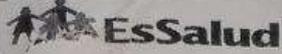

PLASENCIA REVILLA JESUS MILAGROS
DNI N° 75373660


SILVA IZQUIERDO DAYANNA YURIXIS
DNI N° 75065051

ANEXO L

EVALUACION CUANTITATIVA DE PROYECTO DE INVESTIGACION EN ESSALUD

50



EVALUACION CUANTITATIVA DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ALUMNA: JESUS MILAGROS PLASENCIA REVILLA.

"NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD CAJAMARCA 2021"

Fecha de Evaluación: 04.03.2021 Evaluado por: Dr. Ernesto Paul Medina Paredes.

APROBADO (X)	OBSERVADO ()	DESAPROBADO ()	APROBADO	OBSERVADO
CRITERIOS				
A. MERITO CIENTIFICO:				
1.- Importancia del problema			SI	
2.- Grado de coherencia de los objetivos del problema			SI	
3.- Instrumentos utilizados adecuados al Tema.			SI	
4.- Metodología adecuada (formular ficha de recolección de datos y los instrumentos de medición)			SI	
5.- Amplitud de la revisión de la literatura			SI	
6.- Grado de la adecuación de la metodología con los objetivos e hipótesis.			SI	
B. VIABILIDAD DEL PROYECTO				
C. RELEVANCIA DEL PROYECTO				
D. POTENCIAL DE LA INVESTIGACION PARA RESOLVER PROB. PRACTICOS				
E. ASPECTOS ETICOS GENERALES				
Compromiso Confidencialidad:	Tiene <input checked="" type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>		
Consentimiento informado:	Tiene <input checked="" type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>		
Requiere Evaluación del Comité de Etica	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>		
F. MOTIVACION DEL PROYECTO				
- Iniciativa personal <input type="checkbox"/>		- Tesis Bachiller: <input type="checkbox"/>		
- Iniciativa grupal <input type="checkbox"/>		- Tesis Maestría: <input type="checkbox"/>		
- Requerimiento institucional <input type="checkbox"/>		- Tesis Doctoral: <input type="checkbox"/>		
- Otro: Colaborativo <input type="checkbox"/>		- Tesis Titulo: <input checked="" type="checkbox"/>		
G. ASPECTOS ECONOMICOS				
- Autofinanciado <input checked="" type="checkbox"/>				
- Financiamiento Institucional <input type="checkbox"/>				
- Financiamiento Externo <input type="checkbox"/>				

CONCLUSIONES:

ES UN TIPO DE DISEÑO DESCRIPTIVO, CORTE TRANSVERSAL.

TIENE APROBACION Y EVALUACION DEL COMITÉ DE INVESTIGACION ETICA EN LA INVESTIGACION

OBSERVACIONES:

ASESOR ES MG. LIZ ALVAREZ CABANILLAS

SE ASIGNA PAGO POR NO TENER NINGUNA VINCULACION CON INSTITUCION.

ADJUNTAR 01 EJEMPLAR AL FINAL DEL TRABAJO Y ENTREGAR A ESTA OFICINA

ALCANZAR INFORME AVANCE DEL 50 % DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Miembro del Comité de Investigación. Dr. Ernesto Paul Medina Paredes.

Firma del Evaluador
CELULAR N°
962633153

Medina Paredes Ernesto Paul
 MEDICO INTERNISTA
 CMP: 41020 - RNE: 20508
04.03.2021

1309- 2021 - 0350 .

SEGUNDA EVALUACION

TERCERA EVALUACION

ANEXO M

HOJA DE RUTA EN ESSALUD



HOJA DE RUTA

NIT: 1309 2021-350

Importante: NOTA:

Mantener esta Hoja de Ruta como Caratula del documento

N°	FECHA	REMITENTE	ACCIONES	DESTINO
1	03 FEB 2021		1	DM.
2	04 FEB. 2021		<i>Mención</i>	OPC pues. 862
3	08/02/2021		<i>Enviar opinión a la Dirección de acuerdo a la normativa Enfoque.</i>	Cooperativa (Cristóbal)
4	08/03/2021		<i>Autonoma Focalidad para tesis Sem. P. Solacia.</i>	Dirección Médica
5	7 5 MAR. 2021		<i>Revisar pues.</i>	OPC pues. 1823
6	18/03/2021		<i>Trámite correspondiente</i>	Cooperativa (Jani Larga) Pues. 190-OPC

ACCIONES:

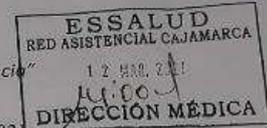
1- ATENCION	6- SUPERVISAR
2- OPINION	7- CONOCIMIENTO Y FINES
3- INFORME	8- VISAR
4- PREPARAR RESPUESTA	9- ARCHIVO
5- COORDINAR	10- OTROS

ANEXO N

AUTORIZACION DE ESSALUD PARA REALIZAR INVESTIGACION



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



NOTA N° 003 -CAPAC -UPCYRM-OPC-DM- RACAJ- ESSALUD-2021

Cajamarca, Lunes 08 Marzo del 2021.

Dr. HANS WENDEL HUAYTA CAMPOS.
Director Médico Red Asistencial
EsSalud Cajamarca.

ASUNTO : Autorizar Facilidades para acceso a Información en Investigación de Facultad CC. Salud. Psicóloga Plasencia Revilla Jesús Milagros.

REFER : a) OFICIO S/ N - 2021.
b) RESOLUCIÓN N° 1421-GG-ESSALUD-2008.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al asunto mencionado sobre autorización de ingreso para el desarrollo de Proyecto de Investigación, el mismo que ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Red Asistencial Cajamarca.

NORMATIVIDAD: RESOLUCION N° 1421- GG-ESSALUD-2008.	7.3.4.- Favorecer la realización de estudios de investigación y ensayos clínicos locales y multicéntricos. 7.5.3.- Evaluar para su aprobación proyectos Institucionales y Extra institucionales.
TITULO	"NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION DURANTE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD CAJAMARCA "
AUTOR	Alumnos: Jesús Milagros Plasencia Revilla // Dayanna Yurixis Silva Izquierdo.
UNIVERSIDAD	Facultad de Psicología - Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo
ASESORES	Mg. Liz Alvarez Cabanillas.
AREAS	Servicio de Psicología, otros servicios.
HORARIO	A determinación del Establecimiento o Servicio.
PERIODO	A partir de la fecha hasta el 31 Mayo 2021.

Por lo expuesto agradeceré a usted, se sirva emitir su autorización a fin de que las áreas antes indicadas, concedan facilidades, manifestar que el autor del mencionado Proyecto alcanzará un ejemplar de la tesis, a esta oficina.

A espera de su gentil atención, me despido de usted.



Folios: 58
CC: Archivo.
NIT: 1309 - 2021 - 000350

Handwritten signature and stamp of the Director Médico Red Asistencial Cajamarca.