



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES DE SALUD DURANTE
LA PANDEMIA COVID 19 DEL HOSPITAL MINSA Y
CENTRO DE SALUD PAMPA INALÁMBRICA DE LA
PROVINCIA DE ILO, 2022”**

PRESENTADO POR

BACH. MARIA CLARA ROJAS GONZALES

BACH. KATHERINE TATIANA LLAMOSAS CHAVEZ

ASESOR

MGR. JUANA ZOILA MARROQUIN FERNANDEZ

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

MOQUEGUA – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción realidad problemática	1
1.2. Definición de problema	4
Problema general	4
1.3. Objetivos de investigaciónObjetivo General.....	5
1.4. Justificación e importancia de estudio:	6
1.5. Variables.....	7
1.6. Hipótesis de estudio	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de estudio:	10
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Marco conceptual	27
CAPÍTULO III: MÉTODO.....	29
3.2. Diseño de investigación	29
3.3. Población y muestraPoblación	29

3.4. Técnicas e instrumentos recolección información	31
3.5. Técnicas procesamiento y análisis información	34
CAPÍTULO IV:	35
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	35
4.1. Presentación resultados por variables.....	35
4.2. Contratación hipótesis:.....	44
4.3. Discusión de resultados	47
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1 Conclusiones:	49
5.2 Recomendaciones.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población	29
Tabla 2: Muestras	31
Tabla 3: Características Sociodemográficas.....	35
Tabla 4: Nivel de Ansiedad en colaboradores de Salud.....	37
Tabla 5: Nivel de Depresión en colaboradores de Salud	38
Tabla 6: Relación entre Características Sociodemográficas y Ansiedad	39
Tabla 7: Relación entre Características Sociodemográficas y Depresión.....	41
Tabla 8: Diferencia entre la ansiedad y depresión.....	43
Tabla 9: Relaciónn de características sociodemográficas y Ansiedad	44
Tabla 10: Relación de las características sociodemográficas y Depresión.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Características Sociodemográficas	36
Figura 2: Nivel de Ansiedad en colaboradores de Salud	37
Figura 3: Nivel de Depresión en colaboradores de Salud	38
Figura 4: Relación entre Características Sociodemográficas y Ansiedad	40
Figura 5: Relación entre Características y Depresión	42
Figura 6: Diferencia Porcentual entre la Ansiedad y Depresión	43

RESUMEN

El estudio tuvo como propósito determinar en qué medida características sociodemográficas se relacionan con niveles de ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 de Hospital Minsa y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022. La metodología que se aplicó fue de enfoque cuantitativo y de diseño no experimental. La recolección de datos fue mediante una encuesta y el instrumento fue un cuestionario de 21 ítems.

La población estuvo conformada 400 personas y la muestra 262. En los resultados se observa que se concluye que las características sociodemográficas no están relacionadas significativamente con nivel de ansiedad además de depresión en colaboradores de salud en la pandemia COVID19 de centros de salud previamente indicados, excepto por las variables edad, profesión en las que si se encontró una relación con la ansiedad.

Palabras clave: Características sociodemográficas, Ansiedad, Depresión, COVID 19

ABSTRACT

The main objective of this study was to determine to what extent sociodemographic characteristics are related to levels of anxiety and depression in health workers during the COVID 19 pandemic at the Hospital MINSA and Pampa Inalámbrica Health Center in province of Ilo, 2022. The methodology that was applied was a quantitative approach and a non-experimental design. Data collection was through a survey and the instrument was a 21-item questionnaire.

Population consisted of 400 people and the sample 262. The results show that it is concluded that the sociodemographic characteristics are not significantly related to the level of anxiety and depression in health workers during the COVID 19 pandemic of the Hospital MINSA and the Pampa Inalámbrica Health Center of the province of Ilo, 2022, except for the variables age, profession in which a relationship with anxiety was found.

Keywords: Sociodemographic characteristics, Anxiety, Depression, COVID 19.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta pandemia COVID-19 durante este último año, en general, la salud mental de profesionales sanitarios se ha deteriorado. Es por ello que la ansiedad es una de las manifestaciones psicológicas más comunes entre colaboradores del sector salud. Esto es consecuencia de un conjunto de rasgos sociodemográficos que pueden potenciar o disminuir la capacidad de los trabajadores de salud para adaptarse al cambio que supone estar atentos en estos tiempos de COVID-19.

Para propósitos del estudio en información se hizo empleo el instrumento de recolección de datos; para variable ansiedad se efectuó por medio de inventario ansiedad de Beck (BAI – I); en las variables de depresión se aplicó instrumento de recolección: Test de depresión de Beck II conjuntamente a la ficha social demográfica.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el coeficiente de relación Chi cuadrado. La estructura del trabajo se compone de los siguientes apartados: En el primer capítulo, se abordará el problema de investigación; en el segundo capítulo, se presenta el marco teórico; el tercer capítulo se dedica al método de investigación; en el cuarto capítulo, se examinan las tablas que muestran la vinculación entre características sociodemográficas, ansiedad, la depresión y contrastación de hipótesis; el quinto apartado se enfoca en conclusiones además de recomendaciones. Por último, se incluye bibliografía, anexos y los instrumentos utilizados.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción realidad problemática

En diciembre de 2019, se registró en Wuhan (China) el primer caso de una neumonía causada por un agente desconocido, que posteriormente se identificó como un Coronavirus. Esta enfermedad se expandió rápidamente hasta convertirse en una pandemia que golpeó duramente al mundo (Palmaer & Yantorno, 2020; Sun, y otros, 2020). El aumento de los casos, el abarrotamiento de los hospitales y las muertes constantes causaron estragos en el estado mental en el personal sanitario, esto causado por el miedo al contagio debido a la escasez de recursos materiales, la falta de capacitaciones y de medicamentos. Todos estos factores juntos han llevado a la proliferación de casos de depresión y ansiedad (Apaza, Seminario, & Santa-Cruz, 2020; Nicolini, 2020).

A nivel mundial y sólo en 2020, se ha registrado que la incidencia de ansiedad además de depresión en fuerza laboral sanitaria durante actual pandemia ha variado entre 35% y 37 %, respectivamente (Al Maqbali, Al Sinani, & Al-Lenjawi, 2021) .Se ha relacionado al estado de ansiedad y depresión con la irritabilidad, el insomnio, la desmoralización propia y el sentirse abrumado por trabajar en más de un centro de salud COVID, aunque principalmente con el miedo a la muerte (debido a presenciarse este hecho reiteradamente en el trabajo), así como el miedo a contagiar a familiares y seres queridos por el contacto con los enfermos (Franco & Wuilbert, 2020).

China, país donde inició la pandemia, registró durante marzo de 2020 que la depresión se presentó en el 43.61 % de los casos (An, 2020) , mientras que, en Irán, se ha presentado casos de depresión (34.3 %) y ansiedad (18.1 %) relacionado a profesionales que atendieron pacientes COVID, especialmente mujeres (Kamali M, 2021). Otros países como Nepal, reportan que los profesionales que sufren ansiedad o depresión oscilan entre el 38%, siendo más común la primera, resultados que difieren con Turquía, donde el riesgo de depresión fue mayor (Gupta, y otros, 2020; Tasdemir, Yilmaz, & Yilmaz, 2021). Asimismo, en Etiopía se ha observado que la ansiedad y depresión están presentes en 61.8 % y 55.7 % (Hajure, Tariku, Mohammedhussein, & Dule, 2020) respectivamente, resaltando que en la mayoría de los países no baja del 15 %.

En Latinoamérica el panorama no es diferente. Estudios muestran que México registra 23.5 % de ansiedad y 17.5 % de estrés en sus profesionales de salud. En República Dominicana, el 28% de los profesionales de la salud padece depresión, directamente relacionada con la ansiedad (Cáceres & Valladares, 2021). Otras naciones, como Paraguay, detallan niveles de ansiedad y depresión moderada en 21,3% y ansiedad y depresión severa en el 15,9%, mientras que Uruguay tiene hasta un 80% de ansiedad entre los médicos que han tratado a pacientes con COVID-19 (Ferreira, Coronel, & Rivarola, 2021; Indacochea, Torres, Vera, & De la Cruz, 2021). Ecuador no se queda atrás, con tasas de depresión que oscilan entre el 25% y el 63% y tasas de ansiedad que van del 79,3% al 98% en algunas situaciones (Aguilar, 2021; Flores & Vásquez, 2021; Parco, 2021)

Perú no es ajeno a esta realidad las investigaciones revelan en un hospital de la capital existe depresión moderada en 76.7 % y ansiedad severa en 38.3 % de los trabajadores, mientras que en Ica investigaciones muestran niveles de ambas enfermedades en 62.6 %, sobresaliendo la ansiedad severa en 41.5 % (Medina, 2021). Por otro por el norte, Lambayeque muestra los valores más bajos en depresión con 3.3 % y ansiedad en 15.6 %, sin embargo, se remarca que estos valores siguen siendo peligrosos en el personal sanitario (Urpeque, 2020). Estudios realizados en Piura, Cajamarca y Amazonas muestran otros valores que difieren de Lambayeque: depresión moderada en 71 % y ansiedad leve en 74 % en personal

general de Piura, y valores de ansiedad severa extrema en 15.4 % y depresión leve en 30.9 % en obstetras de Cajamarca, y 76.7 % de ansiedad severa extrema en 38.3% y estrés moderado en 46.7% de personal de Amazonas (Sánchez, 2020; Sánchez M., 2020; Valdivia, 2021). Y, por último, en el sur Arequipa presenta valores que oscilan entre 18 % y 25 % para depresión y 13 % y 27 % para ansiedad (Morán & Rosas, 2021; Ojeda, 2021).

La depresión y ansiedad ocasionada por las largas horas de trabajo, la exposición a pacientes y colegas afectados, las limitaciones en recursos y el miedo a contagiar a familiares cercanos ha afectado estado mental y salud física de los expertos de salud, aumentando el estrés y debilitando el sistema inmune (haciéndolos más susceptibles al COVID-19 o a otras enfermedades), además de afectar su calidad de sueño (llevando a conductas como el alcoholismo en pos de mitigar sus problemas) (Abanto, 2021; Condori, 2020).

En relación a lo mencionado anteriormente, a nivel social y laboral se ha reportado intranquilidad por la percepción del aumento de carga laboral, hostilidad hacia colegas, escasas de empatía y labor en equipo, además de estar a la defensiva ante cualquier reclamo o sugerencia, lo que ha causado problemas de concentración en sus labores, y falta de eficiencia y desempeño laboral que, a nivel organizacional, puede traer graves consecuencias en el trato y tratamiento de los pacientes (Guillen, 2020; Pérez, 2021; Procel & Tapia, 2021).

Se realizó un análisis a nivel local sobre niveles de ansiedad durante la COVID-19 a profesionales de salud de Centro de Salud Pampa Inalámbrica a empleados, y se halló que se manifiestan grados de ansiedad severa y máxima en 51,72% y 2,29%, respectivamente, sin embargo, los estudios sobre depresión siguen siendo escasos, además no hay investigaciones con estas variables en los hospitales de la provincia de Ilo (Soto, 2021). Esta falta de datos nos impide reconocer el panorama general de la región e implementar medidas preventivas para la salud mental de los trabajadores de salud que atiende a pacientes COVID y no COVID - 19. Como resultado, el propósito de este estudio es ver si los factores sociodemográficos están relacionados con niveles de ansiedad y depresión en colaboradores de salud en tercera ola de COVID -19 de la versión Omicron en 2022.

1.2. Definición de problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

¿Cuáles son los niveles de depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

¿Cómo se relacionan características sociodemográficas con la ansiedad de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

¿Cómo se relacionan características sociodemográficas con la depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

¿Cuál es la diferencia entre ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?

1.3. Objetivos de investigación

Determinar la relación entre las características sociodemográficas, ansiedad y depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.

Objetivo Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.
- Describir la ansiedad en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital Minsa y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.
- Describir la de depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.
- Determinar la relación de las características sociodemográficas con la ansiedad en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.
- Determinar la relación de las características sociodemográficas con la depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.
- Determinar la diferencia entre ansiedad y depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital Minsa con el Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.

1.4. Justificación e importancia de estudio:

El estudio se justifica:

Por su originalidad, los datos estadísticos encontrados de la relación entre las variables características sociodemográficas, ansiedad y depresión servirán para incentivar proyectos de inversión en promoción de cuidado además de autocuidado de salud mental de colaboradores de Red Salud Ilo.

Los trabajadores de la salud desde inicio de la pandemia por la COVID 19, han estado expuestos atendiendo directamente los casos confirmados y sospechosos de COVID 19 , siendo vulnerables a altos riesgos de infección como a presentar problemas de la salud mental por ello nuestro interés personal es describir los síntomas ansiosos, depresivos y estimar la magnitud de riesgos en los empleados de la salud de nuestra provincia de Ilo con el propósito de ofrecera los tomadores de decisiones una información honesta para la mejora de técnicas y operaciones de protección en la salud física como mental.

Esta investigación tiene relevancia científica al pretender contribuir con el abordaje de vinculación entre variables sociodemográficas, ansiedad además de depresión, lo que contribuirá a nuevos conocimientos y una perspectiva más amplia como estudio científico para futuras investigaciones, ya que existen pocas investigaciones entre la población sanitaria. Por lo tanto, los datos recolectados en esta investigación estarán disponible para el público y otros profesionales.

Este estudio es práctico y socialmente relevante porque intenta esbozar soluciones al problema de investigación, es decir, si mejoramos la calidad de vida y nos interesamos por el cuidado de la salud mental del personal sanitario, podremos prestar una atención adecuada a la población de Ilo en contexto de pandemia de COVID 19.

El estudio es factible debido a que disponemos del financiamiento económico, compromiso de las investigadoras y fuentes de información necesarios para el desarrollo del tema a investigar. Así mismo, se cuenta con el apoyo de la Red Salud Ilo para llevar a cabo recolección de información del proyecto de en Hospital II – 1 además de Centro de Salud Pampa Inalámbrica de ciudad de Ilo.

1.5. Variables.

Operacionalización

Tabla 1

Cuadro operación aplicación de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Valor esperado unidad medida /categórica	Escala
Características sociodemográficas	Edad	20 hasta 29 años	Categórica/Ordinal	Adultos Jóvenes
		30 hasta 39 años		Adultos
		Más de 40 años		Adulto mayor
	Sexo	Sexo masculino	Categórica/Nominal	Hombre
		Sexo femenino		Mujer
Estado civil		Soltero	Categórica/Nominal	Soltero
		Casado		Casado
		Viudo		Viudo
		Divorciado		Divorciado
		Conviviente		Conviviente

		Profesional Salud		
Profesión		Profesional Técnico	Catagórica/Nominal	Profesional de Salud Profesional Técnico
Ansiedad	Respuestas conductuales	0= Nada 1= Leve.	Catagórica/Ordinal	No ansiedad 0 hasta7 Ansiedad leve 8 hasta 18
	Respuestas fisiológico Respuesta afectiva Respuesta cognitivos	2= Moderada. 3= Severo		Ansiedad moderada 19 hasta 29 Ansiedad grave 30 hasta 63
Depresión	Cognitivo	0= No considerada	Catagórica/Ordinal	Depresión mínima 0-13
	Somático motivacional	1=Mínima 2=Moderada 3= Grave		Depresión leve 14-19 Depresión moderada 20-28 Depresión grave 29-63

Nota. En la tabla 1 se observa las variables de aplicación: Características sociodemográficas, Ansiedad y Depresión.

1.6. Hipótesis de estudio

Hipótesis General

Las características sociodemográficas están relacionadas significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022

Hipótesis Específica

1. La edad está relacionada significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022.

2. El sexo está relacionado significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022.

3. El estado civil está relacionado significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022.

4. La profesión está relacionada significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio:

A nivel internacional

Hajure, Tariku, Mohammedhussein, & Dule (2020) evaluaron prevalencia de ansiedad además de depresión junto a los factores asociados a las mismas en pacientes médicos a loextenso de pandemia de COVID-19 en hospital Mettu Karl Referral Hospital, Mettu, Etiopía. El estudio fue transversal basado en instalaciones y la muestra estuvo conformada por 423 pacientes médicos crónicos usando la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) como instrumento. Se reportó que la prevalencia de ansiedad y depresión fue 61.8 % y 55.7 % para cada uno. Por otro lado, los factores asociados encontrados a la ansiedad fueron el inicio de la enfermedad, consumo de tabaco y al poco apoyo social, mientras que para depresión fue el sexo (prevalente el femenino), estado civil y duración de la enfermedad. Se concluyó que los valores reportados son altos, recomendando tomar medidas para el tratamiento adecuado.

Tasdemir, Yilmaz, & Yilmaz (2021) evaluaron el efecto de COVID-19 sobre ansiedad, depresión y calidad de sueño en colaboradores sanitarios de un hospital nivel 3 en Turquía, realizándose un análisis descriptivo además de transversal, que tuvo una muestra fue de 435 trabajadores de hospitales terciarios (previo consentimiento), a los que se les aplicaron el Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) y la escala HADS para ansiedad y depresión. Se encontraron índices peligrosos de falta de sueño,

ansiedad y depresión con 8,42, 7,89 y 7,22 de media, respectivamente. El índice de ansiedad reportado fue normal pero no menos importante que los demás. A partir de ello se concluye que se debe implementar servicios de psicología y educación al personal de salud para buscar su bienestar general.

Zheng et al. (2021), determinaron el efecto de la COVID-19 sobre la salud mental del grupo de enfermería, además de la prevalencia de los síntomas de ansiedad y estrés durante el brote. Se realizó un estudio transversal, donde la muestra estuvo conformada por 3328 enfermeras de Sichuan y Wuhan, usando un cuestionario combinado para depresión y ansiedad. Se encontraron niveles considerablemente altos de depresión (34.3 %) y ansiedad (18.1 %), ambos relacionados a factores psicosociales (interacción con la COVID-19, relaciones familiares, residencia, nivel de exposición). Se determina que niveles de depresión además de ansiedad son elevados, y los hospitales deben esforzarse por controlar este escenario.

Pouralizadeh, Bostani, & Maroufizadeh (2020), evaluaron el impacto psicológico del brote de COVID-19 en las trabajadoras de enfermería del nosocomio de la Universidad de Ciencias Médicas de Guilan. Para ello se realizó un estudio transversal con base en la web, conformado la muestra por 441 enfermeras que trabajaron entre el 7 y 12 de abril, aplicándoles el instrumento “Generalized Anxiety Disorder- 7” y “Patient Health Questionnaire-9”. Se encontraron niveles de ansiedad y depresión significativamente altos, con 8,64 y 8,48 de media, niveles que se asociaron al sexo femenino, lugar de trabajo como las áreas COVID, sospecha de enfermedad y equipo de protección insuficiente. La presencia de enfermedades crónicas exacerbó la depresión. Se decidió que el colaborador de enfermería presentaba un elevado riesgo de enfermedad mental y se recomendó una supervisión continua.

Parco (2021), determinó la incidencia de síntomas de estas enfermedades en colaboradores de salud que atiende individuos con COVID-19 en Quito. El análisis efectuado fue descriptivo, cualitativo, transaccional y no experimental. La muestra se formó con 92 trabajadores del área sanitaria entre médicos (31) y enfermeros/as (61), a los que se les aplicó la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), junto

a una encuesta sociodemográfica. Se encontró depresión, ansiedad y estrés en 63 %, 79.3 % y 63 % de los trabajadores, respectivamente.

Además, el grupo de enfermería fue el que tuvo sintomatología de ansiedad y depresión en mayor cantidad, concluyéndose que las fuerzas de trabajo de primera línea han tenido un gran impacto debido a pandemia.

A nivel nacional

Durante año 2020-2021, Ojeda (2021) evaluó el grado de ansiedad, estrés y depresión en el Hospital III Goyeneche Arequipa. Para ello realizó una investigación analítica y transaccional, utilizando una muestra de 150 internos médicos que rindieron el examen DASS. Se descubrió que el 20,7% del total de internos presentaba estrés de tipo severo, el 27,3% ansiedad severa, y el 12,7% y 18,7% depresión de tipo severo y muy severo, respectivamente. Estos valores eran más prevalentes en los internos de área COVID. Con estos resultados concluyó que existe una relación entre las variables estudiadas y la pandemia de COVID-19.

Morán & Rosas (2021) investigaron nivel de estrés, tristeza además de ansiedad del personal médico de los hospitales de Arequipa en relación con la atención brindada a los pacientes COVID-19. El análisis fue cuantitativo, observacional y transaccional, en el que 181 profesionales del área de COVID de los hospitales mencionados presentaron el examen DASS. Según los datos, 24,86% presentaban depresión leve, 14,2% ansiedad leve y 13,81% ansiedad fuerte. Había cuatro formas de estrés: estrés leve (13,081%), estrés moderado (17,3%), estrés grave (8,29%) y estrés extremadamente grave (1,1%). Se estableció que se manifiesta una vinculación entre estrés, la ansiedad y la depresión, así como con el uso de equipos de protección, la edad y la carrera profesional.

Sánchez G. (2020), efectuó un estudio no experimental transaccional, cualitativa, retrospectiva además de correlacional con 26 obstetras del área Gineco-obstétrica, a quienes se les administró el test DASS-21, para determinar el impacto del COVID-19 en grado de depresión, estrés además de ansiedad de colaborador obstétrico hospital José H. Soto Cadenillas - Chota durante 2020. Se encontraron niveles de ansiedad moderada, severa y severa extrema en 61.5 %, 11.7 % y 15.4 %, respectivamente, depresión leve en 30.9 % y estrés moderado con 26.9 %.

Se concluye que la pandemia ha tenido un gran impacto sobre estas 3 condiciones, donde el sexo femenino ha sido el más afectado.

Sánchez M. (2020) evaluó nivel de estrés, ansiedad además de tristeza de colaboradores de sección de COVID de Hospital Virgen de Fátima. Fue de carácter descriptivo, observacional, transaccional además de prospectivo. La muestra fue constituida por 60 profesionales de la salud (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería), que fueron sometidos al examen DASS-21. Se detectó depresión y estrés (ambos moderados) en el 76,7% y el 46,7% de los participantes, respectivamente. El 38,3% tuvo ansiedad severa extrema. Por otro lado, niveles moderados y severos de estas tres enfermedades se relacionaron con la edad (30-39 años), sexo (predomina el femenino), estado civil (soltero/a), profesión (enfermeras y técnicos) y situación familiar (hijos). Se concluye que los niveles encontrados para estas condiciones son altos y riesgosos, recomendando medidas para el cuidado del estado mental de los trabajadores.

Franco & Wuilbert (2020), determinó la vinculación entre depresión y ansiedad con factores sociodemográficos en trabajadores sanitarios de Lima en tiempos de pandemia. El estudio fue observacional, prospectivo y transaccional, con 88 estudiantes de medicina examinados mediante el PHQ-9 además de Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Los hallazgos revelaron que 59,1% manifestaba ansiedad y 45,5% depresión de moderada a grave. Casi la mitad de las mujeres y más del 50 % de mayores de 60 años presentaron depresión grave. Se concluyó que la depresión y ansiedad se encuentran relacionados principalmente con el estado de trabajo (primera línea, área COVID y varios hospitales), ser residente y ser jefe de hogar.

A nivel local

Soto (2021) determinaron el nivel de ansiedad de expertos sanitarios que efectúan sus labores en Centro de Salud Pampa Inalámbrica durante la época COVID-19, por lo que realizó un análisis cuantitativo, observacional además de descriptivo sobre una muestra de 87 trabajadores del área de salud a los que se les aplicó la Escala de Ansiedad de Zung. Se encontraron individuos sin ansiedad con

6,90 %, seguidos de niveles mínimos, severos y de grado máximo en 51,72%, 39,08 % y 2,29 %, del mismo modo, abogar por el establecimiento de programas o actividades dentro de los centros sanitarios para mitigar consecuencias de actual pandemia para salud mental.

Chana & Huamán (2021) descubrieron una vinculación entre ansiedad y estrés en colaborador de centros de salud de Ilo a lo largo del crecimiento de la pandemia. Para ello realizaron estudio descriptivo, no experimental, correlacional, cualitativa además de transversal, en la que 130 trabajadores aplicaron Inventario Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) además de Escala Estrés Percibido Relacionado con Pandemia (EEP-10-C). Se encontraron niveles normales de los indicadores Ansiedad rasgo (43.8 %), niveles altos de Capacidad de afrontamiento (71.5 %), niveles bajos de Estrés percibido (81.5 %) y niveles similares de Ansiedad estado (56.2 %). Se llegó a concluir que se manifiesta una vinculación significativa entre variables a través de sus indicadores Ansiedad estado y Estrés percibido.

2.2. Bases teóricas

La Enfermedad por COVID-19 reportó su primer caso en Wuhan, China, momento en el que se sabía que era una neumonía desconocida y nunca antes vista. Al identificarse, se descubrió que el agente patógeno causante era un tipo de coronavirus, llamado SARS-Cov-2, una versión de ARN que se contagiaba a través de gotas de saliva recibidas por la mucosa oral y nasal, y que ingresaba al organismo usando su glicoproteína S sobre los receptores ACE 2 del ser humano.

Esta enfermedad pronto se propagó por toda China y luego a nivel mundial, convirtiéndose en una pandemia y causando millones de víctimas mortales en muy poco tiempo, una situación para la que el mundo no estaba preparado (Sun, y otros, 2020)

Esta situación, sumada a la poca preparación de los países ante este problema de salud como la falta de conocimiento de esta enfermedad y la falta de implementación de equipos de protección personal adecuados, ocasionaron que en la población aparecieran síntomas de enfermedad mental, donde los colaboradores de salud fueron los más afectados. El miedo a la muerte, a contagiar a familiares y seres queridos, y ver constantemente la muerte de los pacientes ha causado

principalmente sintomatología de ansiedad y depresión en la fuerza laboral de los centros de salud y hospitales, afectándolos en diferentes grados de acuerdo con su zona de trabajo, edad, profesión, entre otras características (Nicolini, 2020; Tomás, 2020; Franco, 2020)

Conceptualización de la ansiedad

La ansiedad es una enfermedad afectiva causada por una serie de reacciones y respuestas conceptuales, cognitivas, emocionales y físicas en respuesta a un estímulo potencialmente dañino y a su procesamiento (Beck et al., 2012). Es uno de los trastornos afectivos más comunes en los seres humanos, y se define principalmente por una mayor proclividad a un estado de vigilancia en presencia de un estímulo atemorizante o percepciones de peligro, que a menudo son imperceptibles. A esta condición se le han relacionado sentimientos y sensaciones de incapacidad y paralización (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Otros conceptos indican que la ansiedad es la patología nacida del miedo, que asocia ideas imprecisas relacionadas a falsos estímulos peligrosos y activación de sistemas biológicos de alerta relacionados al sistema autónomo ante situaciones inofensivas, que interfieren en el estado de respuesta y adaptabilidad de una persona (Díaz, 2019; Paredes, 2021).

Enfoques de la ansiedad

Enfoque psicofisiológico

Teoría de James: Formuló la teoría periférica de la emoción, indicando que la emoción era una respuesta post estado ansioso, y no un precedente. Esto es debido a que la maquinaria biológica activada induce cambios motores y somáticos, modificando los estados de ánimo a lo que le llamó “reacción emocional”. En base a esta idea, planteó que cada estado emocional tiene un patrón biológico específico junto a un objeto o situación activadora (Díaz I. & de la Iglesia 2019).

Teoría de Lange: Planteó que los estímulos activadores de ansiedad causaban una respuesta biológica específica y esta, un estado emocional característico. Además, indicó que el conjunto de acciones biológicas era

influenciado por la presión arterial hasta tal punto que, sin esta reacción, no se extiende una respuesta emocional activa (Díaz I. & De la Iglesia, G., 2019).

Teoría de Cannon: Creía que los mecanismos que dan lugar a una emoción son creados únicamente por el sistema nervioso central, a través de la diferenciación de los procesos cerebrales que producen los estímulos preocupados como su reacción. A partir de esta idea, indicaba que el estado de ánimo cambiaba con el mismo proceso nervioso, pero que se diferenciaban en la intensidad del estímulo que la causaba. Esta teoría fue refutada experimentalmente, por lo que estudió otros sistemas que den origen al estado emocional, y fue base de la línea neurológica de las emociones (Díaz I. & De la Iglesia, G., 2019)

Enfoque psicodinámico

Teorías de Freud: Postuló a lo largo del tiempo tres teorías de la ansiedad relacionadas al impulso sexual. La primera abarcó a la ansiedad como la excitación acumulada que se liberaba a través de vías somáticas, sin intervención mental; la segunda, partía de la idea de que la sensación excitante tenía origen en la represión de impulsos internos que son tabú en la persona, y que buscan manifestarse corporalmente; y la tercera, planteaba que las causas postuladas en sus anteriores teorías no eran si no, consecuencias de un estado ansioso, y no la causa aparente. A partir de estas teorías se diferenciaron los tres tipos de ansiedad conocidos (ansiedad neurótica, ansiedad real y ansiedad motora) (Díaz I. & De la Iglesia, G., 2019; Gamara & Pejerrey, 2020).

Teorías de Klein: Planteó que la ansiedad es un proceso que viene desde el nacimiento del ser humano y es producto de la idea de la muerte personal y el asesinato, y relacionadas a la ansiedad paranoide o depresiva, respectivamente. La primera, ante la idea de morir o desaparecer debido a causas inesperadas como objetos peligrosos o asesinos, y la segunda, producidas por el sentimiento de culpa debido a acciones tomadas que hayan desencadenado la muerte de un sujeto catalogado como “bueno” (Díaz I. &., 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teorías de Winnicott: Estudió a la ansiedad como el producto del miedo a la degeneración del “yo”, en base a la degradación, abandono, destrucción psíquica y locura. Esta teoría planteó que los traumas observados en adultos tenían su origen

en la niñez, producto de estados ansiosos no resueltos (Díaz I. & De la Iglesia, G., 2019).

Enfoque experimental-motivacional

Teoría de Watson: Planteó que la ansiedad tenía un origen hereditario, pero que cambiaba de acuerdo a los cambios biológicos que sufría la persona. Debido a esto, todo lo relacionado a estados de ánimo era momentáneo y variable, influenciada por el estímulo, la respuesta, la frecuencia a la que se somete y la duración de estos episodios. Gracias a sus contribuciones, se entendió a la ansiedad como un conjunto de respuestas condicionadas a un entorno y acciones concretas que son desagradables para un individuo, y que eran únicas por cada estímulo (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teoría de Skinner: Su teoría indicó que el comportamiento estaba condicionado por las consecuencias que una acción tenía, siendo estos estímulos que incitaban o evitaban el desarrollo de la misma. Al generarse estímulos que buscaban impedir una acción, creaban como respuesta una sensación que iba en contra de estos estímulos. En base a esto, se entendió a la ansiedad como un mecanismo de respuesta ante la represión de una acción que busca anular el sentido común (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teoría de Mowrer: Postuló que la ansiedad presentaba dos procesos, uno que la originaba (condiciones físicas, psíquicas y psicológicas), y otro que la mantenía (mecanismo de respuesta en contra de las ideas que desanimaban realizar una acción específica) (Díaz y De la Iglesia, 2019; García y Pejerrey, 2021).

Teoría de Eysenck: Planteó en su teoría que la entrega de un estímulo condicionado en ciertas ocasiones no hace desaparecer la sensación de ansiedad, sino que la mantiene o incluso la multiplica, hasta el punto de que solo la presencia de este estímulo podía generar cuadros incontrolables de ansiedad. Fue una de las primeras teorías que habló del condicionamiento de la ansiedad (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teorías de Seligman, Wolpe, y Bandura y Walters: Teorías relacionadas al condicionamiento de la ansiedad. La primera indicó que algunos estímulos podían

ser preparados para convertirse en el origen del estado ansioso, y que de la misma manera, otros estímulos relacionados a las fobias podían ser más difíciles de eliminar en un tratamiento; la segunda planteó que las fuentes de ansiedad no tenían efecto si es que estaban acompañadas de una situación relacionada a la relajación; y la tercera mostró que los estímulos ansiosos se podían aprender y asimilar, principalmente cuando hay un modelo del cual aprender, como el que hay entre padres e hijos (Díaz & De la Iglesia, 2019; García & Pejerrey, 2021).

Enfoque psicométrico factorial

Teoría de Cattell: A partir de la observación de estudios experimentales de la ansiedad, planteó la existencia de dos estados ansiosos: ansiedad rasgo, relacionadas al propio ser de la persona y a su personalidad, y ansiedad estado, relacionado a el estado de ánimo momentáneo producto de un estímulo junto a su intensidad además de duración (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teoría de Spielberger: Indicó que ansiedad es una emoción no agradable que es causada por estímulos que no tenían que ver con el cuerpo ni la mente de manera subjetiva, causando cambios biológicos y conductuales en la persona que lo sufre y que son cambiantes de acuerdo al entorno. Del mismo modo, propuso un vínculo entre ansiedad rasgo y ansiedad estado (Spielberger, Pollans, & Wordan, 1984; Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Enfoque cognitivo conductual

Teoría de Bandura: Postuló que la ansiedad nacía del análisis de factores internos como del entorno, de la cual dependía la frecuencia, la intensidad y la presencia de un estado ansioso (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teorías de Lang: Planteó que la ansiedad nacía en el cerebro, resultado de un estímulo subyacente, y que generaba tres tipos de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo) diferentes e independientes entre sí. Asimismo, indicó que las emociones se encontraban como grupos de información relacionadas a una

respuesta. A partir de esto estableció una relación entre las fobias y las emociones en el estado ansioso, ocasionada porque la respuesta localizada en esos paquetes ante los estímulos ansiosos presentaba secuencias de miedo, terror y aversión (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teoría de Clark y Berk: Su teoría postuló que la ansiedad era la consecuencia de un conjunto de respuestas biológicas, conceptuales, cognitivas y emocionales producto de estímulos o situaciones catalogadas como peligrosas, a través de 2 procesos: la valoración primaria y la revaloración secundaria. La primera, es una respuesta rápida ante el estímulo, que no mide intensidad ni duración; por otro lado, la segunda, es una respuesta analítica posterior al contacto con el estímulo (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra & Pejerrey, 2021; Clark & Berk, 2012).

Esta teoría se encuentra dentro de las más aceptadas y sustentadas científicamente, debido al amplio enfoque que tiene mediante el uso de sus distintas categorías, desde la apreciación del individuo, metas y preocupaciones; reacción general y completa ante amenazas, evocando la reacción conductual, ya que influye en el comportamiento ante la amenaza, proporcionando muchas veces la respuesta inadecuada al estímulo, cognitiva, a través de la percepción distorsionada de la información que se posee y dificultando la visualización de otros puntos de vista en un trastorno ansioso, afectiva, al causar emociones y sentimientos que alteran al individuo y le hace tomar decisiones equivocadas, y biológica, mediante la activación de procesos metabólicos y hormonales como la producción de adrenalina que eleva la presión sanguínea; y el pensamiento y elaboración de respuestas, fase muy importante desde la cual se puede inducir el tratamiento a la ansiedad (Clark & Beck; Díaz & De la Iglesia, 2019; Garay, y otros, 2019; Gamarra y Pejerrey, 2021).

Dimensiones de la ansiedad:

Dimensión fisiológica

Esta dimensión investiga la sintomatología protectora movilizada por el cuerpo a través de la activación de los sistemas nerviosos somático y autónomo, que están asociados a los sentimientos, la afectividad y la intensidad emocional. Dentro de estas características se pueden diferenciar a las señales autónomas, como

los estímulos dérmicos, los cambios en el pulso cardíaco, y las señales somáticas, como el estado muscular (Días y De la Iglesia, 2019; Gamarra, 2021; Chura & Flores, 2021). Asimismo, estos pueden ser analizados de manera directa, a través del estudio de los reflejos ligados a la protección física, o la indirecta, a través de la observación y el uso de escalas especializadas en el análisis de los signos de la ansiedad. Por mencionar algunos, estos incluyen Cuestionario Percepción Autónoma, Inventario de Ansiedad E-R, el Inventario Ansiedad de Beck, Inventario Situaciones y Respuestas de Ansiedad y Escala Ansiedad de Zung (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Dimensión cognitiva

Esta dimensión es relacionada al conjunto de procesos cognitivos que parte del análisis de datos obtenidos de una situación, englobando los medios y la respuesta esperada. Ente los síntomas característicos notables se pueden encontrar la falta de concentración, problemas de memoria, estados recurrentes de confusión y conductas obsesivas. El estudio de esta dimensión permitió comprender a la ansiedad en base a su duración y etiología, permitiendo el desarrollo de tratamientos adecuados de acuerdo al estímulo que causa el problema (Díaz & De la Iglesia, 2019; Gamarra, 2021).

Para su evaluación, se usan las entrevistas estandarizadas que evalúan los síntomas de acuerdo a lo establecido internacionalmente sobre la ansiedad, autoformularios gracias a la facilidad en la aplicación y a que permite un análisis reflexivo del propio paciente sobre su condición, y las escalas establecidas, que permiten los análisis específicos de cada síntoma de acuerdo a una serie de opciones establecidas. Entre las más usadas se tienen a los Cuestionarios de Estados de Preocupación Penn, Cuestionario de Pensamientos Automáticos, el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos, el Inventario de Ansiedad Estado Riesgo, el Listado Revisado de 90 síntomas e BAI (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Dimensión conductual

La dimensión conductual comprende a todos los actos realizados en la búsqueda de retomar el control en un proceso ansioso a través de la pelea, huida o afrontamiento del estímulo causante. Dentro de la sintomatología característica se encuentra el aumento de los niveles de estrés, momentos de tristeza, enojo o llanto sin razón aparente, aversión a las palabras o acciones de amigos o compañeros de trabajo, o agresividad ante cualquier queja, duda o reclamo (Díaz & De la Iglesia, 2019; Chura & Flores, 2021).

Para su evaluación directa, el análisis de las actividades y la actividad motriz ha sido muy usada y efectiva. Acciones como la rapidez al caminar, posiciones corporales o gestos no verbales son de gran ayuda al investigar casos de ansiedad, guiados por factores como la ocurrencia, frecuencia, orden y duración de una actividad. Por otro lado, la evaluación indirecta es otra fuente de información importante y adecuada en casos donde no existan posibilidades de una observación directa, usando los auto cuestionarios, las entrevistas estandarizadas que analizan directamente las variaciones del comportamiento, y las escalas que analizan de manera específica la sintomatología de esta dimensión. Entre ellas se encuentra principalmente Inventario Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Dimensión afectiva

Esta dimensión hace mención al estado anímico percibido por la persona que presenta un estado ansioso o después de este. Entre la sintomatología característica, se puede observar sensaciones de tristeza, irritabilidad, miedo, terror, paranoias, conductas agresivas entre otras. El estudio de esta dimensión ha permitido fortalecer el tratamiento de la ansiedad, a través de la estimulación y motivación constante a los pacientes que la padecen (Días & De la Iglesia, 2019; Chura & Flores, 2021).

Dentro de los métodos de evaluación, se encuentra principalmente el autoinforme, ya que analiza los procesos mentales desde la visión subjetiva de la persona, lo que permite medir la intensidad del proceso ansioso, así como brindar una reflexión personal al paciente. Por otro lado, de las escalas conocidas, la Escala

de Afecto Positivo y Negativo ha sido de las más estudiadas, ya que brinda dos enfoques distintos que permiten observar el estado en el que se encuentra una persona después del episodio ansioso, y le permite diferenciarla de otras condiciones como la depresión (Días & De la Iglesia, 2019).

Factores de la ansiedad relacionada al COVID-19

Entre las principales causas de ansiedad relacionadas al brote pandémico de COVID-19, se encuentran (Ministerio de Salud, 2020; MayoClinic, 2020):

- Miedo a contagiarse con la enfermedad, al proceso y a la muerte.
- Miedo a la pérdida del trabajo y, por consiguiente, a la fuente de ingresos con el que se sustenta a la familia.
- Miedo a la exclusión social debido al trabajo que se ostenta.
- Separación de los familiares debido al trabajo.
- Miedo al cuidado o contacto de personas contagiadas con COVID-19.
- Miedo a las repercusiones de la pandemia.
- La observación de muertes constantes producidas por esta enfermedad, y la incapacidad de hacer algo por ayudarlos.
- Ambientes de trabajo hostiles relacionados a zonas COVID.
- Estrés por pertenecer a la primera línea de atención.
- Falta de equipo de protección personal, así como el abarrotamiento de los centros de salud.

Conceptualización de la depresión

La depresión es conceptualizada como trastorno causado por el rechazo del propio yo en relación a la percepción distorsionada de las situaciones del presente y sucesos del futuro, acompañado de sentimientos de tristeza, flaqueza, impotencia e incompetencia (Beck, 2010). Esta es una enfermedad que causa sentimientos de

tristeza, culpa, baja autoestima, aversión, e irritabilidad, así como pérdida de la fe en el futuro, pérdida de apetito, cansancio excesivo, desgano, pérdida de la sensación de placer y pensamientos relacionados a la muerte o al suicidio constante. Asimismo, es la consecuencia de diversos eventos por los que pasa una persona, que destruyen su capacidad de amar y de prestar atención a las cosas importantes. Por otro lado, la presencia de esta condición influye sobre las diligencias cotidianas, como el colegio, los noviazgos interpersonales entre amigos y el trabajo en equipo con colegas de trabajo (Paredes & Quilinche; 2019; MayoClinic, 2021; Organización Mundial de la Salud, 2021).

La depresión originalmente fue precedida por la llamada “sensación de melancolía”. De acuerdo a la teoría de Hipócrates, el cuerpo estaba conformado por 4 humores básicos, y a partir del desbalance de uno o más de ellos, es que nacía la sensación de molestia y dolor. A partir de ello, Galeno desarrolló una teoría basada en la de Hipócrates, donde explicaba la conducta de las personas en base de sus humores, siendo la melancolía relacionada a la bilis negra. Esta condición era identificada como el sentimiento de tristeza, miedo, apatía y ganas de morir, un concepto parecido al actual de la depresión (Korman & Sarudiansky, 2011; García, 2017).

Pinel logra darle un concepto nuevo a la melancolía, por lo que ahora era conocida como el estado de delirio por una idea, estimulada por una pasión, la cual se podían clasificar en expansiva, asociada a los delirios de poder y posición, y la depresiva, relacionada al sufrimiento, dolor y tristeza. Años después, Delasiauve utiliza la palabra depresión de manera técnica, insertándola entre los tecnicismos psiquiátricos y siendo usada hasta la actualidad (Korman & Sarudiansky, 2011; García, 2017).

Las teorías de Kraepelin integraron la idea que el síndrome maniaco-depresivo, que incluía síntomas de melancolía, debilidad mental, tristeza y desgano, afirmando que nacen de la corteza cerebral. Por otro lado, Meyer difundió de estos hallazgos, indicando que los síntomas de esta condición no prevenían exclusivamente del cerebro, sino del entorno a partir de estímulos a los que llamó reacciones y de los que describió 6 tipos. Además, propuso que no toda depresión debe ser considerada una enfermedad, sino que debe ser vista también como un acto

reactivo ante una situación dolorosa (Korman & Sarudiansky, 2011; García, 2017).

Fester postuló que la depresión tiene un origen en la ausencia de estímulos del entorno que busquen el mejoramiento de una persona, la falta de desarrollo conductual, el castigo dado ante acciones hostiles y los programas que buscan reforzar y enseñar, per que contienen innumerables preguntas que llevan al estrés y falta de ánimo del individuo, al no poder realizarlo (Korman & Sarudiansky, 2011; García, 2017).

Por otra parte, tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales define la depresión como una pérdida de gusto o placer en actividades que antes se disfrutaban, caracterizada por síntomas como insomnio, disminución de la respuesta motora, pérdida de la libido sexual, fatiga, pérdida de la capacidad de concentración y pensamientos suicidas. Sin embargo, estos conceptos los engloba en uno más conciso, publicado en la quinta edición, indicando que la depresión es el cambio dañino y perjudicial en el comportamiento y estado anímico de un individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; García, 2017; Gamarra & Pejerrey, 2021).

Teorías conductuales de la depresión

Lewinsohn planteó que los refuerzos positivos disminuyen debido a la falta de situaciones que animen al individuo, la falta de hechos estimulantes y las habilidades sociales de la persona, causando estados depresivos. En esencia, era la consecuencia de la suma de eventos del entorno como de la disposición por parte de la persona. Posteriormente fue añadido otro factor a esta teoría, la cual fue descrita como la cadena de consecuencias nacidas de un evento estimulador de depresión. Esto generaba que ese evento influya en los posteriores, por lo que el afectado empieza a autocriticarse negativamente, conllevando a las consecuencias ya descritas. Por otro lado, Lewinsohn indicó que hay una predisposición en las mujeres de entre 20 a 40 años, con experiencias dolorosas, baja autoestima, falta de dinero y la presencia de hijos menores de 7 años (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000; García, 2017).

Rehm, en su teoría brindó un sistema de autocontrol para la depresión, usando como factores reforzantes al establecimiento de una meta, autoestimulación,

rendimiento en la conducta hacia sí mismo y el control de eventualidades. A partir de este modelo, se establece a la depresión como el desequilibrio entre las sanciones y recompensas, debido a la idealización de metas y logros que son complicados de lograr o imposibles combinados con comportamientos perfeccionistas, que terminan afectando seriamente la autoestima (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000)

Nezu, plantea que depresión es producida por la falta de habilidades que tiene un individuo en desarrollo de problemas, entre las que se encuentran la orientación que lleva al problema, la idealización del problema, la formulación de soluciones eficientes, la toma de decisiones y la transformación a la práctica de las decisiones antes tomadas (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000)

Teorías cognitivas de la depresión

Seligman, partir de los experimentos desarrollados en perros, se concibió la teoría de la indefensión aprendida. Teniendo en cuenta esto, la depresión fue descrita como el inexistente cambio conductual ante situaciones negativas, establecida en 4 criterios: motivacional, cuando no existe una respuesta ante una acción, cognitiva, la falta de expectativas y las atribuciones, afectivo, con un bajón en el estado anímico de la persona, y una autoestima disminuida. Posteriormente Abramson hace una reestructuración de la teoría, agregando que el estado de pasividad puede venir de 3 dimensiones: interna-externa, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad. En base a estos aspectos, se puede categorizar a la depresión de acuerdo a su duración y el efecto que tiene sobre la autoestima (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000; García, 2017).

Beck describe el trastorno de depresión como el desconocimiento y el rechazo de sí mismo con respecto al presente y futuro, así como de la presencia de pensamientos distorsionados y situaciones negativas que causan en el ser, un profundo clima de melancolía, debilidad e inutilidad. Asimismo, le da un sentido a la depresión mediante la triada cognitiva, que comprende ideas sobre uno mismo, las cuales son interpretadas como negativas, los esquemas y los errores cognitivos, que comprende la exageración, magnificación de terceros y la minimización de uno mismo, causada por errores de la percepción del entorno en contraste con el ser (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000; Beck, Rush, Shaw, & Emer, 2010; Korman &

Sarudiansky, 2011; García, 2017).

Teorías biológicas de la depresión

Friedman y Thase proponen que la depresión es producto de la desorganización de los sistemas neuroconductuales, los cuales implican la inhibición de la conducta, grado de respuesta al estrés, procesos biológicos del organismo, facilitación de la conducta y la decodificación de la información obtenida. Por otro lado, también se plantea que la desregularización biológica no sea una causa sino una consecuencia del estrés, que, a su vez, cronifica este trastorno (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000)

Dimensiones de la depresión:

Para Beck, las dimensiones de la depresión componen los siguientes puntos: pesimismo, tristeza, culpa, insatisfacción, sensación de fracaso, autodesagrado, expectativas de castigo, autoacusaciones, llanto, pensamientos suicidas, enojo, distanciamiento social autoinflingido, falta de decisión, variación en el estado corporal, insomnio, falta de habilidad laboral, fatigabilidad, pérdida de peso, bulimia o anorexia, pérdida de peso, preocupaciones psicosomáticas y pérdida de deseo sexual (Bracamonte & Díaz, 2015)

Factores de la depresión relacionada al COVID-19

Entre las principales causas de depresión relacionadas a la pandemia de COVID-19, se encuentran (MINSAs, 2020; MayoClinic, 2021):

- Impotencia al ver morir a grandes cantidades de personas sin poder hacer nada.
- Sensación de aburrimiento, soledad y desamparo causado por el confinamiento.
- Pensamientos sobre el futuro con respecto a la pandemia.

- Interactuar con personas del entorno laboral o fuera de él, que tengan actitudes hostiles.
- Incertidumbre por el desarrollo de la enfermedad.
- Frustración al ver que no evoluciona favorablemente el estado de un paciente.
- Contacto insuficiente con los seres queridos.
- Pérdida de seres queridos debido al COVID-19.
- Agotamiento físico, mental y emocional.

2.3. Marco conceptual

Ansiedad: Trastorno afectivo que nace producto de un conjunto de reacciones y respuestas conceptuales, cognitivas, emocionales y del organismo, posterior a un estímulo presuntamente peligroso y al análisis de este (Beck et al., 2012)

Depresión: Trastorno causado por el rechazo del propio yo en relación con la percepción distorsionada de las situaciones del presente y sucesos del futuro, acompañado de sentimientos de tristeza, flaqueza, impotencia e incompetencia (Beck, Rush, Shaw, & Emer, 2010)

Características sociodemográficas: Indicadores que brindan una cualidad a una persona o grupo de personas. Entre ellas se encuentran el sexo, la edad, procedencia, estado civil, educación, estrato económico entre otros (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022)

Pandemia: Estado epidemiológico de una enfermedad, caracterizada por la diseminación extensa de esta, comprendiendo varios países o hasta continentes enteros (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Cognitivo afectivo: Se refiere a la estructura basada en la entidad y la condición humana para percibir todo el mundo que nos rodea y, por lo tanto, a la formación de una personalidad basada en la cognición y la emoción. Analizando la estructura de la personalidad, se reconoce que existen dos polos que están íntimamente relacionados entre sí: el polo cognitivo y el polo emocional.

Adultos Emergentes: Se trata de una etapa exploratoria, una época de

posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida. Suele darse entre los 18 o 19 años hasta los 25 o 29 años según Papalia.

Adultos Intermedios: Según Papalia 2009, suele comprender el periodo que va entre los 25 y 60 años de edad en el ciclo vital, siendo esta en la que un individuo alcanza la plenitud en su evolución física, biológica, psíquica y cognoscitiva.

Somático motivacional: Esta situación puede ocurrir cuando una persona enfrenta una ansiedad extrema provocada por síntomas físicos. La persona experimenta pensamientos, emociones y acciones intensas relacionadas con estos síntomas, lo que la lleva a sentirse incapaz de llevar a cabo algunas de sus actividades cotidianas.

Respuestas conductuales: Esto significa que debemos deshacernos de los intensos estados emocionales que experimentamos, que surgen de repente y de repente en forma de crisis de corta duración. Las emociones son también un proceso de activación de la conducta posterior.

Respuestas fisiológico: Es la respuesta del cuerpo a los estímulos estresantes. Cuando se enfrenta a situaciones estresantes, el cuerpo produce varias respuestas fisiológicas, incluida la activación del eje hipoadrenal y el sistema nervioso autónomo.

Respuesta afectiva: Es la respuesta emocional a una situación (sentimiento o satisfacción) de una persona cuando experimenta una emoción fuerte.

Respuesta cognitivos: Tiene que ver con la forma en que subjetivamente descubrimos, evaluamos e desciframos un escenario determinado.

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Tipo investigación

(Hernandes et al,2014) El propósito de este estudio es evaluar la correlación entre dos variables y examinar la relación mediante pruebas estandarizadas, basadas en hipótesis específicas.

3.2. Diseño de investigación

El diseño del estudio es no experimental, ya que en este estudio no se hará una manipulación de las variables, por lo que los resultados que se obtendrán serán del entorno donde se hace la recolección de datos (Hernández y Mendoza,2018).

3.3. Población y muestra

Constituida por 400 trabajadores de salud entre varones y mujeres pertenecientes al Hospital MINSA además de CS. P. Inalámbrica ubicados en provincia de Ilo.

Tabla 2

Población

N°	Nombre de la institución	Población
1	Hospital MINSA	214
2	Centro de Salud Pampa Inalámbrica	186
Total		400

Nota. En la tabla 2 se observa la población de estudio de las instituciones: Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica.

Muestra

Se detalla como muestra a un subgrupo de población. El tipo de muestreo que se utilizará será “no probabilístico” donde la elección de los elementos dependerá de las causas relacionadas con las características o propósitos de la investigación.

Por tanto, para el presente estudio, la muestra está compuesta por trabajadores de salud de acuerdo al cálculo de muestra significativa para población finita.

Formula: *Población Finita*

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n=Cantidad

muestra

N=Cantidad

población

Z=Parámetro estadístico que depende nivel de

confianza e=Error estimación admitido máximo

p=Posibilidad de que suceda

q=(1-p) =Posibilidad de que no suceda

- Muestra del Hospital MINSÁ

Parámetro y Valor: N =214 Z=1.960 p=50.00% q=50.00%

e=5.00%

n=137

- Muestra del centro de salud Pampa Inalámbrica

Parámetros y valor

N=186

$$Z=1.960$$

$$p=50.00\%$$

$$q=50.00\%$$

$$e=5.00\%$$

$$n=125$$

Tabla 3*Muestras*

N°	Nombre de la institución	Muestra
1	Hospital MINSA	137
2	Centro de Salud Pampa Inalámbrica	125
Total		262

Nota. En la tabla 3 se observa la cantidad total de muestras de estudio.

Criterios de elegibilidad Criterios de inclusión

Colaboradores de salud que, en el momento del análisis, realizan trabajoasistencial en el Hospital MINSA y Centros de Salud de la Pampa Inalámbrica, y que permitieron llenado de encuesta

Criterios exclusión.

Trabajadores de salud que efectuó la contestación de manera no completa la encuesta.

Colaboradores de salud que, en el momento del análisis refiere antecedentes de depresión y/o ansiedad.

Trabajadores de salud que realizan trabajo remoto o mixto
 Colaboradores de salud que se hallan en su periodo vacacional
 Trabajadores de salud que están con licencia por enfermedad
 Trabajadores de salud del área administrativa

3.4. Técnicas e instrumentos recolección información**Técnicas recolección información**

La técnica empleada para recogida de datos procedentes de los trabajadores de salud de los Hospitales MINSA y el Centro de Salud Pampa Inalámbrica será la encuesta. La encuesta es una técnica usada en estudios de tipo descriptivo, en la cual

se hace un recopilado de información y datos a través de un conjunto de preguntas (cerradas o abiertas) e ítems ordenados y categorizados en un cuestionario. Estas preguntas están orientadas al problema cuestionado y a la hipótesis esperada (Hernandez & Mendoza, 2018)

Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos de recolección usados en el estudio fueron los correspondientes:

El BAI (*Beck Anxiety Inventory*) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de contar con una herramienta que pueda diferenciar de manera confiable entre ansiedad y depresión. Está específicamente diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad.

Es un inventario auto aplicado, que consta de 21 ítems que describen varios síntomas de ansiedad. Se centra en el aspecto físico de la ansiedad, que está sobrerrepresentado. Los criterios que lo componen se correlacionan con elementos diagnósticos de DSM-IV5.

Cada elemento se califica de 0 hasta 3, donde 0 es "nada en absoluto", 1 es "un poco, no me molesta demasiado", 2 es moderadamente desagradable, pero puedo vivir con eso y 3 es "severamente", casi nada puedo soportarlo". La puntuación general es la adición de la totalidad de puntuaciones (si en algún caso se seleccionan 2 respuestas, únicamente se debe de considerar la de mayor puntaje). Las sintomatologías se refieren a la semana previa y al momento presente.

Para evaluar la validez del instrumento se utilizó la técnica de correlación de prueba de ítems y la prueba de Pearson en 30 pacientes del Hospital de Chiclayo (Perú), y cada instrumento tuvo un índice de discriminación de ítems superior a 0,2 para la escala de ansiedad y la escala de depresión de Beck. La fiabilidad de BAI se determinó mediante análisis de consistencia interna, y valor alfa de Cronbach arrojó una fiabilidad de 0,871 para escala de depresión y de 0,852 para escala de ansiedad. (Díaz & Solis, 2019)

El BAI fue desarrollado por Aaron Beck con Robert A. Steer y Gregory K. Marrón. La prueba fue publicada en 1961 y revisada en 2011 en español. El

propósito de la lista de verificación es medir los síntomas de la depresión. Se basa en la teoría del modelo cognitivo de la depresión. (Beck, 1963, 1964, 1967). El grupo objetivo de esta prueba son las personas mayores de 13 años (adolescentes y adultos). Como campos de aplicación clínico, forense y neuropsicológico. La prueba consta de 21 síntomas, y algunas categorías de síntomas tienen dos alternativas de respuesta, divididas en a y b como respuestas, lo que indica que representan el mismo nivel con una puntuación de (0) a (3). Aunque los pacientes con trastorno depresivo mayor o TOC suelen tardar más en completarse. Cada pregunta se contestó utilizando una escala de 4 puntos que iba desde 0 hasta 3, a excepción de los ítems 16 (relativos a cambios en los patrones de sueño) y 18 (relativos a cambios en el apetito), que incluían 7 categorías de respuesta. Si un individuo seleccionaba más de una categoría de respuesta para un elemento, se registraba categoría correspondiente al puntaje más elevado. Los puntajes posibles en prueba oscilan entre 0 hasta 63. Se han detallado puntos decorte que ayudan categorizar a las personas evaluadas en cuatro grupos distintos: 0-13, lo cual indica una depresión muy pronunciada; 14-19, señala una leve depresión; 20-28, denota una moderada depresión; y 29-63, sugiere una severa depresión.

Cabe señalar que se recolectó evidencia suficiente para la validez del Inventario de Depresión Adaptado de Beck (BDI-IIA) para contexto peruano; con análisis de contenido (validez de contenido según criterio de jueces), evaluada por correlación ítem-prueba. Se empleó análisis factorial para determinar la coherencia de estructura interna del instrumento, así como las dimensiones de la estructura (estructura de validez). En cuanto a la validez de contenido, los resultados revelaron que todas las preguntas eran más consistentes en términos de claridad temática, facilidad y precisión en el diagnóstico de la depresión. Alcanzaron un nivel estadísticamente significativo. Se empleó coeficiente V de Aiken (Escrura, 1988) para cuantificar resultados y se encontraron valores que oscilan entre 1 y $<0,01$. (Castro, 2017)

3.5. Técnicas procesamiento y análisis información

Se solicitó a los trabajadores de las distintas áreas del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica para reunirlos y entregarles el permiso necesario con el fin de realizar la investigación.

Se procedió a proporcionar un formulario de consentimiento informado en el cual se les explicó a los participantes los detalles de su participación, la recopilación de datos personales y la divulgación de los resultados conseguidos en pruebas correspondientes. Se aseguró a participantes que la información recopilada se emplearía exclusivamente con propósitos de estudio, que su colaboración era voluntaria además de anónima, y que en ningún momento se divulgarían sus identidades. Tras la firma del formulario de consentimiento informado, se administró el Inventario de Ansiedad de Beck BAI-I, seguido del Test de Depresión de Beck II.

Para procesamiento de información resultante, se usará el SPSS versión 21, donde se hará estadística descriptiva de los niveles de ansiedad y depresión de los trabajadores del Hospital 2- I y del Centro de Salud, en relación a sus factores sociodemográficos.

Para el procedimiento analítico, los resultados obtenidos fueron ordenados y sistematizados en tablas y figuras, donde se hizo un estudio además de interpretación de correspondientes. Esta información será corroborada y comparada con bibliografía a la que se consultó, con propósitos de encontrar semejanzas y contrastes con otros autores, lo que enriquecerá el estudio.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación resultados por variables

4.1.1. Variable 1:

Tabla 4

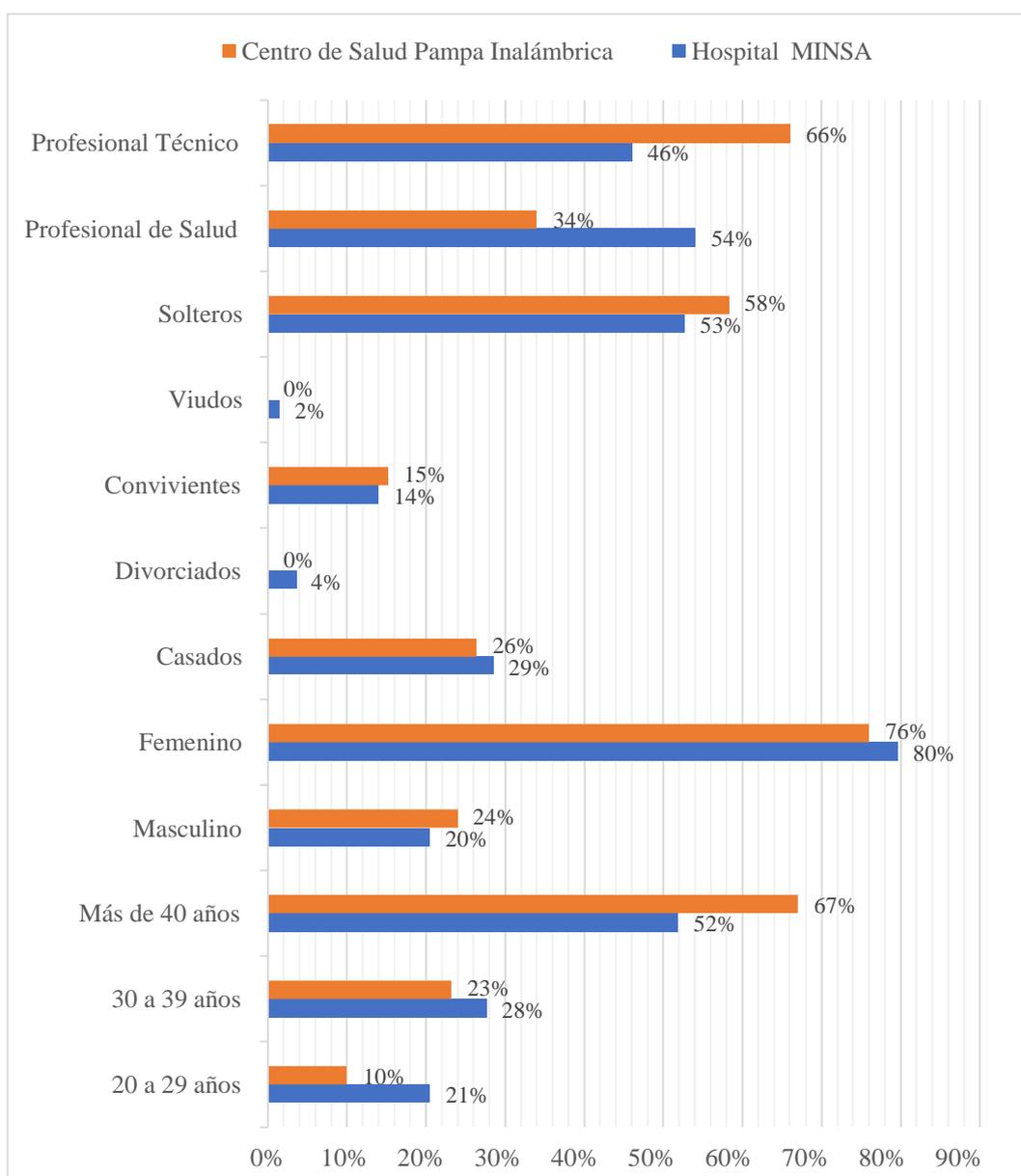
Características Sociodemográficas del Hospital MINSA y CS. P. Inalámbrica

N°	Ítems	Hospital MINSA		CS. P. Inalámbrica	
		F	%	F	%
Edad	20 hasta 29 años	28	20%	13	10%
	30 hasta 39 años	38	28%	29	23%
	Más de 40 años	71	52%	83	67%
	Total	137	100%	125	100%
Sexo	Masculino	28	20%	30	24%
	Femenino	109	80%	95	76%
	Total	137	100%	125	100%
Estado civil	Casados	39	29%	33	26%
	Divorciados	5	4%	0	0%
	Convivientes	19	12%	19	16%
	Viudos	2	2%	0	0%
	Solteros	72	53%	73	58%
	Total	137	100%	125	100%
Profesión	Profesional de Salud	74	54%	42	34%
	Profesional Técnico	63	46%	83	66%
	Total	137	100%	125	100%

Nota. En la tabla 4, se observa que el 52% del Hospital MINSA tiene más de 40 años y en el CS. P. Inalámbrica este grupo ocupa un 67%. Seguidamente un 80% del Hospital MINSA es del sexo femenino, así como en el CS. P. Inalámbrica un 76%. El 53% de la población del Hospital MINSA son solteros, similar al CS. P. Inalámbrica el 58%. y por último se observa un 54% del Hospital MINSA son profesionales de salud mientras que en el CS. P. Inalámbrica el 66% son profesionales técnicos.

Figura 1

Características Sociodemográficas del Hospital MINSA y CS. P. Inalámbrica



4.1.2 Variable 2:

Tabla 5*Nivel de Ansiedad en colaboradores de Salud*

Ítems	Hospital MINSA		CS. P. Inalámbrica	
	F	%	F	%
No Ansiedad	110	80%	101	81%
Leve	18	13%	22	18%
Moderada	6	5%	2	1%
Grave	3	2%	0	0
Total	137	100%	125	100%

Nota. En la tabla 5 se puede visualizar que un 80% de colaboradores del Hospital MINSA no presentan ansiedad, solo un 20% presenta ansiedad entre leve a grave. Mientras que en el CS. P. Inalámbrica el 81% no presenta ansiedad y un 19% presenta ansiedad entre leve a moderada.

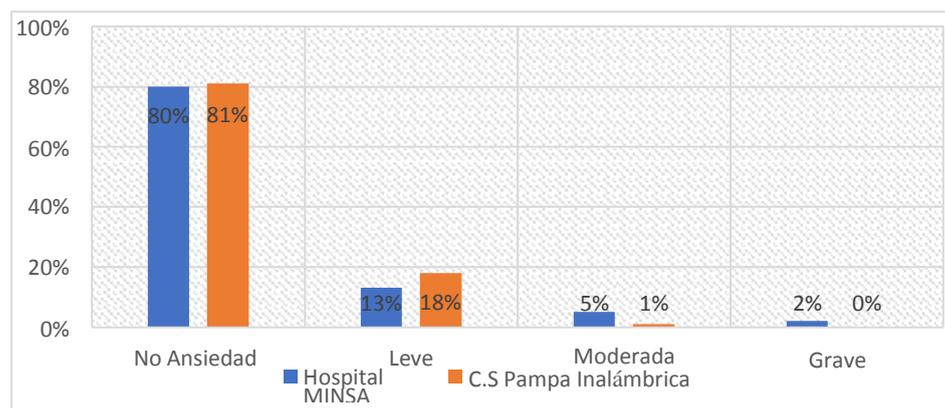
Figura 2*Nivel de Ansiedad en colaboradores de Salud*

Tabla 6*Nivel de Depresión en colaboradores de Salud*

Hospital MINSA			C. S Pampa Inalámbrica		
N°	Ítems	F	%	F	%
	No Depresión	27	20%	19	15%
	Mínima	93	68%	92	74%
	Leve	10	7%	14	11%
	Moderada	2	1%	0	0%
	Grave	5	4%	0	0%
	Total	137	100%	125	100%

Nota. En tabla 6 se aprecia que un 68 % de colaboradores del Hospital MINSA presentan depresión mínima, solo un 12% presenta depresión entre leve a grave y un 20% no presenta depresión. Mientras que en el CS. P. Inalámbrica el 74% presenta depresión mínima, solo un 11% presenta depresión entre leve a grave y un 15 % no presenta ansiedad. Se deduce que más de la mitad de la población presento depresión mínima en ambos establecimientos.

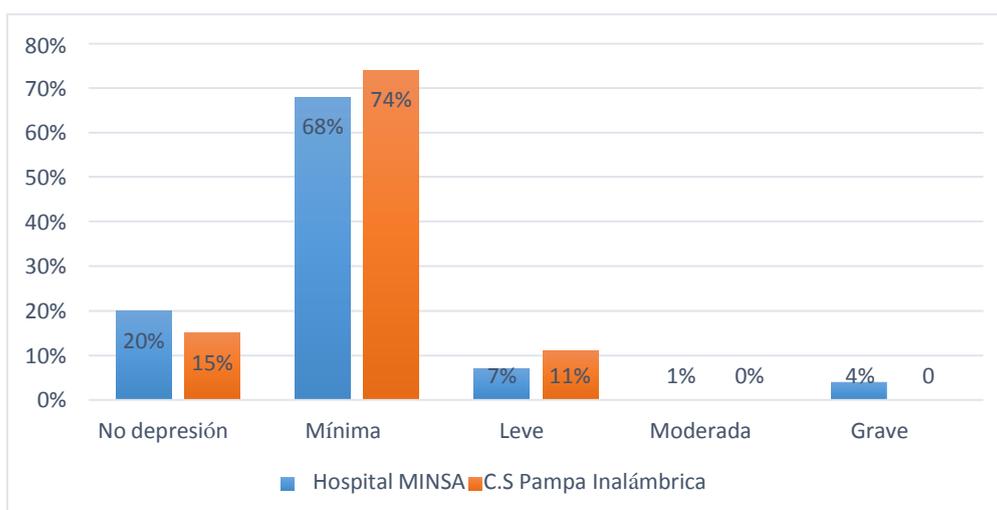
Figura 3*Nivel de Depresión en colaboradores de Salud*

Tabla 7*Relación entre Características Sociodemográficas y Ansiedad*

		Hospital MINSA		CS. P. Inalámbrica	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Sin Ansiedad	Con Ansiedad
Edad	20 a 29 años	54%	46%	46%	54%
	30 a 39 años	90%	10%	93%	7%
	Más de 40 años	86%	14%	81%	19%
Sexo	Femenino	77%	23%	81%	19%
	Masculino	93%	7%	77%	23%
Estado civil	Soltero	79%	21%	81%	19%
	Casado	85%	15%	79%	21%
	Conviviente	74%	26%	79%	21%
	Divorciado	100%	0%	0%	0%
Profesión	Viudo	50%	50%	0%	0%
	Profesional Técnico	76%	24%	75%	25%
	Profesional De Salud	84%	16%	91%	10%

Nota. En la tabla 7, referente a edad el grupo que más presento ansiedad fue de 20 hasta 29 años del CS.P. Inalámbrica, se observa que un 46 % de trabajadores del Hospital MINSA presentan ansiedad y solo un 54% no presentan. Mientras que en el CS.P. Inalámbrica el 54% presenta ansiedad y solo un 46% no presenta ansiedad. Según el sexo de los trabajadores el grupo que más ansiedad presento fue el femenino en el Hospital MINSA y el sexo masculino en el CS.P. Inalámbrica, se observa que un 23% de trabajadoras mujeres y solo un 7% de trabajadores hombres presentan ansiedad del Hospital MINSA. Mientras que en el CS.P. Inalámbrica el 23% de trabajadores hombres y solo un 19% de trabajadoras mujeres presenta ansiedad. Por otro lado, el grupo que presento más ansiedad de acuerdo con el estado civil de los trabajadores del Hospital MINSA, fueron los viudos y convivientes y en el CS.P. Inalámbrica fueron los casados y convivientes. Asimismo, según la profesión de los trabajadores el grupo que presento más ansiedad fue el de profesionales técnicos como también cabe resaltar que más del 50% no presento ansiedad en ambos establecimientos.

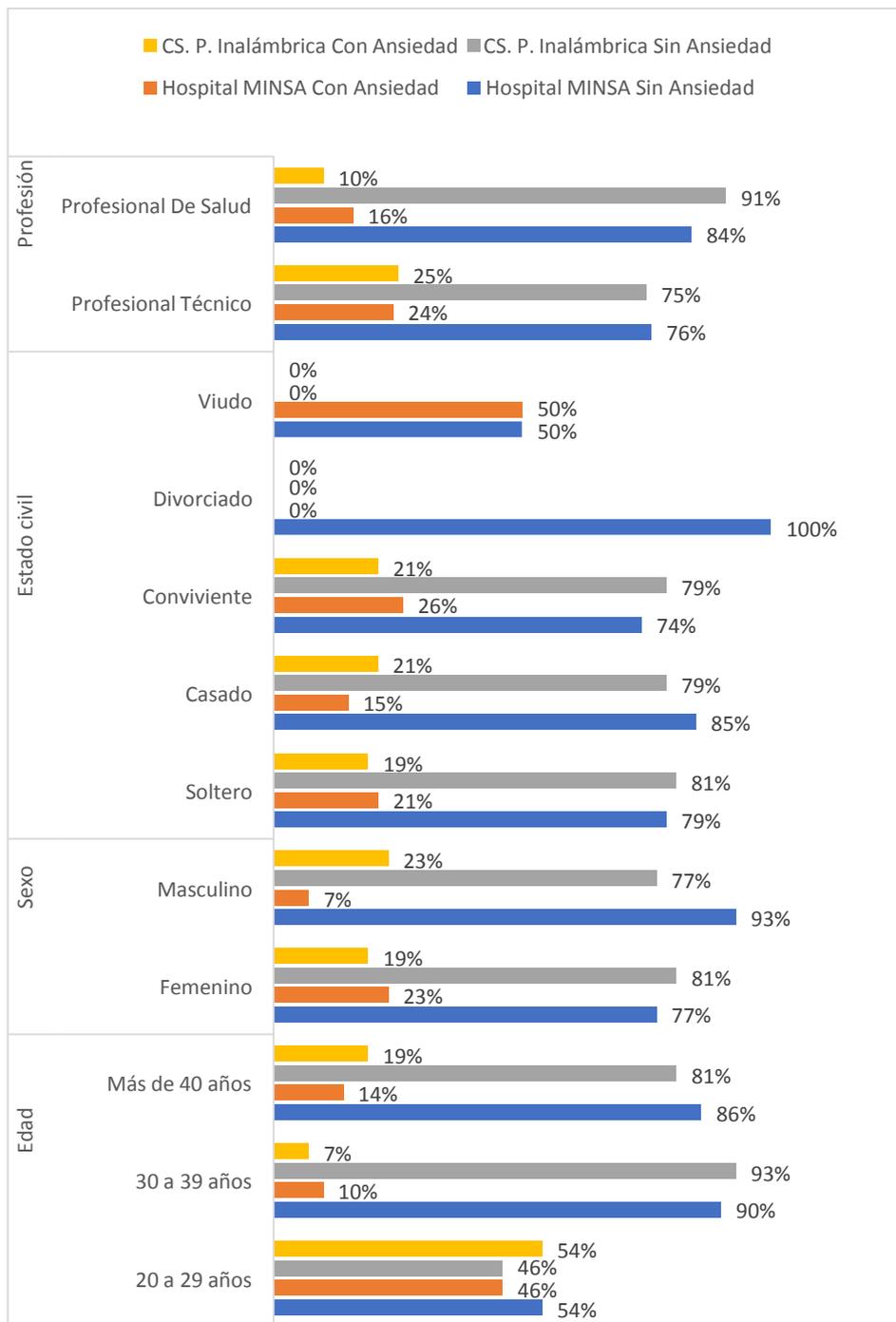
Figura 4*Relación entre Características Sociodemográficas y Ansiedad*

Tabla 8

Relación entre Características Sociodemográficas y Depresión

		Hospital MINSA		CS.P. Inalámbrica	
		Sin Depresión	Con Depresión	Sin Depresión	Con Depresión
Edad	20 a 29 años	14%	86%	8%	92%
	30 a 39 años	26%	74%	10%	90%
	Más de 40 años	18%	82%	18%	82%
Sexo	Femenino	15%	85%	16%	84%
	Masculino	39%	61%	13%	87%
Estado civil	Soltero	21%	79%	15%	85%
	Casado	21%	80%	15%	85%
	Conviviente	21%	79%	16%	84%
	Divorciado	0%	100%	0%	0%
	Viudo	0%	100%	0%	0%
Profesión	Profesional Técnico	22%	78%	16%	84%
	Profesional De Salud	18%	83%	14%	86%

Nota. En la tabla 8, referente a edad que más presento ansiedad fue el de 20 a 29 años del CS.P. Inalámbrica, se observa que un 86% de trabajadores del Hospital II- 1 presentan ansiedad y solo un 14% no presentan. Mientras que en el CS.P. Inalámbrica el 92% presenta ansiedad y solo un 8% no presenta ansiedad. Según el sexo de los trabajadores el grupo que presento más depresión fue el femenino en el Hospital MINSA y el sexo masculino en el CS.P. Inalámbrica, se observa que un 85% de trabajadoras mujeres y solo un 61% de trabajadores hombres presentan ansiedad del Hospital MINSA. Mientras que en el CS.P. Inalámbrica el 87% de trabajadores hombres y solo un 84% de trabajadoras mujeres presenta ansiedad. Por otro lado, el grupo que presento más depresión de acuerdo con el estado civil de los trabajadores del Hospital MINSA fueron los divorciados, viudos y casados mientras que en el CS.P. Inalámbrica fueron los solteros y casados. Asimismo, según la profesión de los trabajadores el grupo que presento más depresión fue el de profesionales de salud como también cabe resaltar que más del 50% no presento depresión en ambos establecimientos.

Figura 5

Relación entre Características Sociodemográficas y Depresión

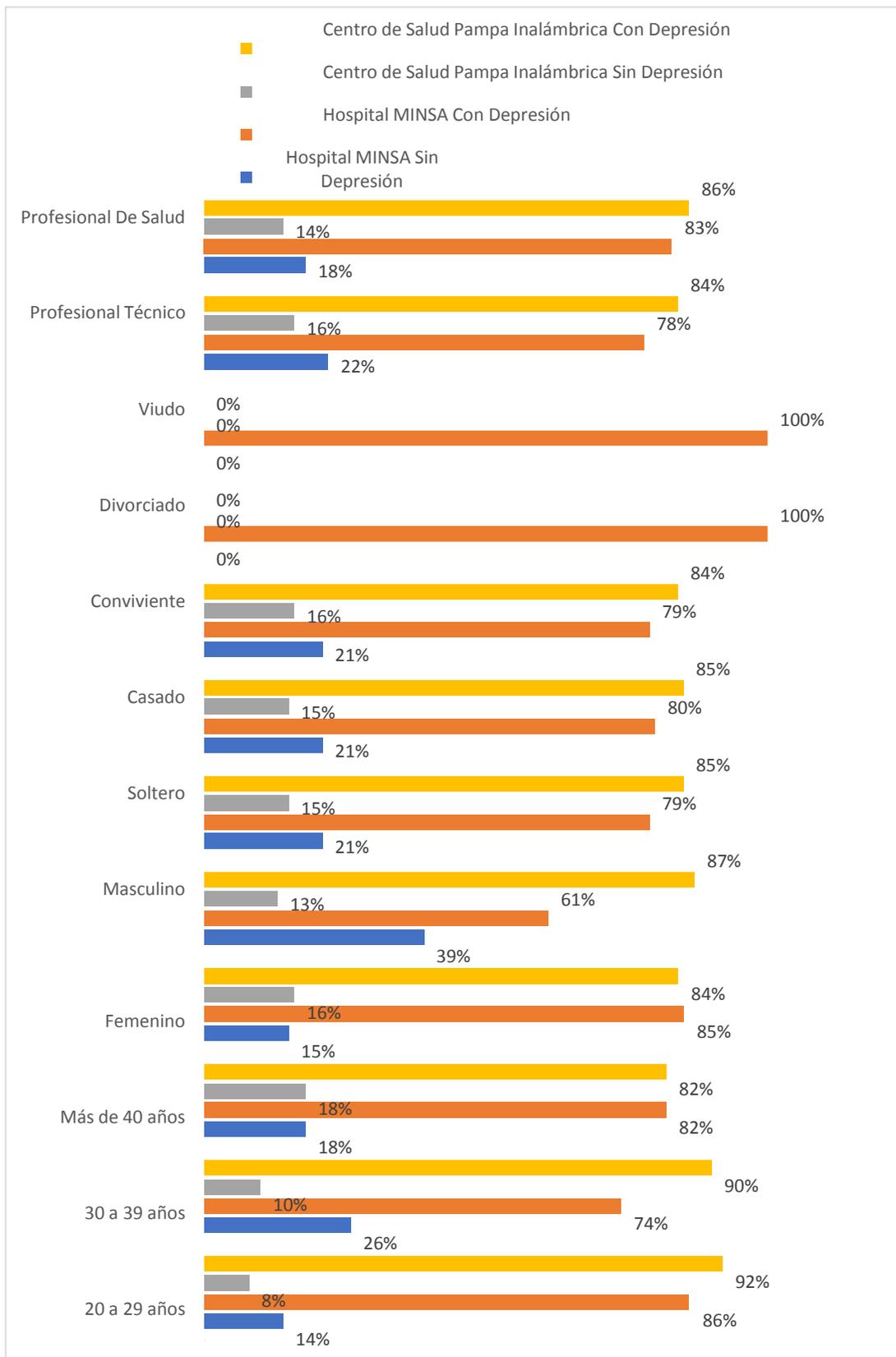


Tabla 9

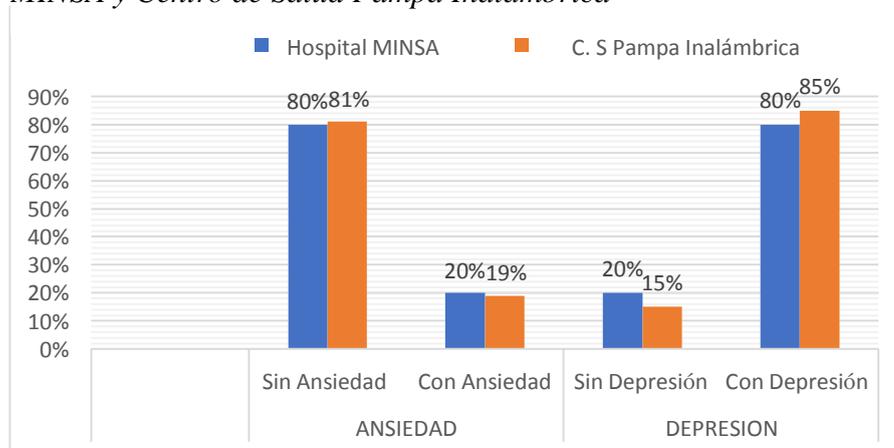
Diferencia entre la ansiedad y depresión del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica

	ANSIEDAD				DEPRESION			
	Sin Ansiedad		Con Ansiedad		Sin Depresión		Con Depresión	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital MINSA	110	80%	27	20%	27	20%	110	80%
C. S Pampa Inalámbrica	101	81%	24	19%	19	15%	106	85%

Nota. En tabla 9 se visualiza que un 20% de colaboradores del Hospital MINSA presentan ansiedad y un 80% no presenta ansiedad. Mientras que en el CS. P. Inalámbrica el 19% presenta ansiedad y un 81% no presenta ansiedad. Asimismo, se puede observar que un 80% de los trabajadores del Hospital MINSA presentan depresión y un 20% no presentan depresión. Mientras que en el CS. P. Inalámbrica el 85% presentadepresión y un 15% no presenta depresión. Podemos ver que en cuanto a la ansiedad se encontró una diferencia mínima del 1 % entre el Hospital MINSA y el CS. P. Inalámbrica. Como también se puede observar que en relación con la depresión se encontró una diferencia del 5% entre el Hospital MINSA y el CS. P. Inalámbrica.

Figura 6

Diferencia Porcentual entre la ansiedad y depresión del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica



4.2. Contrastación hipótesis:

4.2.1 Hipótesis General:

Tabla 10

Relación de características sociodemográficas y Ansiedad

		Hospital MINSA			CS.P. Inalámbrica		
		X ² de Pearson	g. l	Sig. asintótica (bilateral)	X ² de Pearson	g. l	Sig. asintótica (bilateral)
Edad	20 hasta 29 años	16,077	2	0,000*	12,447	2	0,002*
	30 hasta 39 años						
	Más de 40 años						
Sexo	Masculino	3,511	1	0,061	0,274	1	0,601
	Femenino						
Estado civil	Casados	0,705	2	0,703	0,074	2	0,964
	Divorciados						
	Convivientes						
Profesión	Profesional de Salud	1,240	1	0,265	4,339	1	0,037*
	Profesional Técnico						
	Total		137			125	

Nota. En la tabla 10, podemos observar que la ansiedad se relaciona significativamente con la Edad, donde la edad y la ansiedad en el Hospital MINSA presenta significancia ($X^2=16,077$, $p=0,00$), de la misma manera en el centro de salud pampa inalámbrica ($X^2=12,447$, $p=0,002$). Sin embargo, se ha constatado que las profesiones de colaboradores de salud se relacionan significativamente con la ansiedad de los trabajadores en el centro de salud de la pampa inalámbrica ($X^2=4,339$, $p=0,037$). por el contrario, el sexo, estado civil de los trabajadores de salud no se relacionan significativamente con la ansiedad, por lo tanto, para estos últimos casos rechazamos nuestra hipótesis de investigación.

Tabla 11*Relación de las características sociodemográficas y Depresión*

N°	Ítems	Hospital MINSA			CS.P. Inalámbrica		
		X ² de Pearson	g.l	Sig. asintótica (bilateral)	X ² de Pearson	g.l	Sig. asintótica (bilateral)
Edad	20 a 29 años	2,183	2	0,336	1,630	2	0,443
	30 a 39 años						
	Más de 40 años						
Sexo	Masculino	9,503	1	1	,107	1	0,744
	Femenino						
Estado civil	Casados	0,381	2	0,827	,006	2	0,997
	Divorciado Conviviente						
Profesión	Profesional de Salud	0,560	1	0,454	,041	1	0,839
	Profesional Técnico						
	Total		137			125	

Nota En tabla 11, nos muestra la vinculación de depresión con variables sociodemográficas de los trabajadores, donde no se observa relación significativa con ninguna de ellas por ende rechazamos nuestra hipótesis.

4.2.2. Hipótesis Específicas:

a) Hipótesis específica 1

Se acepta la hipótesis de que, existe relación significativa entre edad y la ansiedad de colaboradores de salud tanto en el Hospital MINSA ($X^2=16,077$, $p=0,000$) y Centro de salud pampa

inalámbrica ($X^2 = 12,447$, $p=0,002$).

Se rechaza hipótesis de que, se manifiesta vinculación significativa entre la edad y la depresión de colaboradores de salud tanto en Hospital MINSA ($X^2 = 2,183$, $p=0,336$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 1,630$, $p=0,443$).

b) Hipótesis específica 2

Se rechaza la hipótesis de que, se manifiesta vinculación significativa entre sexo y la ansiedad de colaboradores de salud tanto en el Hospital MINSA ($X^2 = 3,511$, $p=1$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 0,274$, $p=0,601$). Se rechaza la hipótesis de que, se manifiesta vinculación significativa entre sexo y depresión de colaboradores de salud tanto en el Hospital MINSA ($X^2 = 9,503$, $p=1$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 0,006$, $p=$).

c) Hipótesis específica 3

Se rechaza la hipótesis de que, existe relación significativa entre el estado civil y la ansiedad de los trabajadores de salud tanto en el Hospital MINSA ($X^2 = 0,705$, $p=0,703$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 0,074$, $p=0,964$).

Se rechaza la hipótesis de que, se manifiesta vinculación significativa entre estado civil y depresión de colaboradores de salud tanto en Hospital MINSA ($X^2 = 0,381$, $p=0,827$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 0,006$, $p=0,997$).

d) Hipótesis específica 4

Se rechaza la hipótesis de que, existe relación significativa entre la profesión y la ansiedad de los trabajadores de salud en el Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2 = 1,240$, $p=0,265$).

Se efectúa aceptación de hipótesis de que, se manifiesta

vinculación significativa entre la profesión y la ansiedad de los trabajadores de salud en el Hospital MINSA ($X^2=4,339$, $p=0,037$)

Se rechaza hipótesis de que, se manifiesta vinculación significativa entre la profesión y depresión de colaboradores de salud tanto en Hospital MINSA

($X^2=0,560$, $p=0,454$) y Centro de salud pampa inalámbrica ($X^2=,041$, $p=0,839$).

4.3. Discusión de resultados

El propósito consistió en analizar la vinculación entre características sociodemográficas y niveles de ansiedad y depresión entre colaboradores de salud en pandemia de COVID-19 en el Hospital MINSA y el Centro de Salud Pampa Inalámbrica en provincia de Ilo en el año 2022. Los resultados revelan una conexión sólida y positiva entre la edad de colaboradores de salud y la ansiedad en Hospital MINSA. Este hallazgo se sustenta en el análisis de tablas y gráficos estadísticos realizados mediante el programa IBM SPSS, que arrojó una significancia estadística de 0.000 y una correlación de Pearson de 16.077 en el Hospital MINSA. De manera similar, en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica se obtuvo una significancia estadística de 0.002 y una correlación de Pearson de 12.447. De igual manera, se evidenció una asociación fuerte y positiva entre las variables de profesión y ansiedad en el Hospital MINSA. Esto se confirmó al analizar las tablas y gráficos estadísticos mediante el programa IBM SPSS, donde se obtuvo una significancia estadística de 0.037 y una correlación de Pearson de 4.339. Por otro lado, no se observó ninguna relación significativa entre las características sociodemográficas, como la edad, el sexo, el estado civil y la profesión, y la depresión. Además, no se identificó ninguna conexión entre el sexo, el estado civil y la ansiedad en el Hospital MINSA. De manera similar, no se encontró una relación significativa entre la profesión y la ansiedad en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica. Estos resultados son coherentes con algunas tesis mencionadas en la sección de antecedentes, las cuales se describirán a

continuación. Menancho (2020), en su estudio titulado "Prevalencia y factores asociados al estrés, ansiedad y depresión en médicos que trabajan en áreas COVID-19 en Lima, Perú, 2020", encontró que la variable de edad tenía un valor significativo ($p < 0.05$) a través de prueba exacta de Fisher, lo que indicó una asociación con presencia de ansiedad. Además, el Odds Ratio (OR) de 0.252 con un intervalo de confianza del 95% (0.070-0.914) también respaldó esta asociación. Gamarra (2021) señaló que, según la prueba de Chi cuadrado ($\chi^2 = 8.65$), se manifiesta una fuerte vinculación entre ansiedad y diferentes edades aglomeradas en su estudio "Características de ansiedad en colaboradores de salud que trabaja en departamento Covid-19 y no Covid-19 de Hospital Regional del Cusco, febrero - marzo 2021". El rango de edad más estrechamente vinculado a la ansiedad es el que abarca de 35 a 38 años, representando al 14,29% del colaborador de salud. El segundo intervalo más relacionado es de 45 a 47 años, con un 8,33%. Por otro lado, el grupo de edad menos vinculado con la ansiedad es el de 55 a 57 años, con un 1,19%. Estos hallazgos fueron documentados por Rivera, Nuñez G. y Nuñez M. (2021). En su estudio titulado "Niveles de Depresión y Ansiedad en el personal de salud vacunado contra el COVID-19 en el Hospital de Apoyo Camaná-Arequipa en 2021", se determinó a través de la prueba de Chi cuadrado que existe una relación estadísticamente significativa entre la función que desempeña el personal de salud y la ansiedad, ya que se obtuvo un valor de $X^2 = 26.27$ y un valor $p = 0.01$. Esto fue documentado por Gómez Francisco, L. A., Ocampo Marín, S., Montoya Narváez, D. E., Valtierra Contreras, C. G., Rodríguez Nava, V. F., Rentería Hernández, F. L., Vázquez Rincón, M. A., Reyna García, A. S. en su estudio titulado "Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría" publicado en *Luz Médica*, volumen 16, número 48, donde también se encontró una correlación entre ansiedad y estrés laboral con un coeficiente de correlación de $r = 0.351$ y un valor $p = 0.00$.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Correspondiente a hallazgos detallados en el estudio se llega a concluir que:

1. A excepción de las variables edad y ansiedad, así como profesión y ansiedad
2. en el Hospital Minsa , no se estableció asociación entre factores sociodemográficos, ansiedad y depresión entre colaboradores de salud de Hospital II 1 y CS. P. Inalámbrica.
3. De acuerdo con particularidades sociodemográficas de colaboradores de salud se encontró una mayor población de trabajadores con una edad de más de 40 años, respecto al sexo el mayor porcentaje fueron mujeres, en cuanto al estado civil el mayor porcentaje se encontraban en los solteros y casados; según la profesión se encontró mayor población de profesionales de la Salud en Hospital MINSA y una mayor población de profesionales técnicos en el centro de salud pampa inalámbrica.
4. Según los niveles de ansiedad del Hospital MINSA el 80% de la población no detalló ansiedad, 13% manifestó ansiedad mínima, 5% ansiedad moderada además 2% ansiedad grave. En el caso del Centro de Salud Pampa Inalámbrica 81% de la población no presentó ansiedad, 18% presentó ansiedad mínima y 1% ansiedad moderada.

Según los niveles de depresión del Hospital MINSA el 20% de colaboradores de salud no presentaron depresión, 68% presentaron

mínima, 7% leve, 1% moderada y 4% grave. En caso del Centro de Salud Pampa Inalámbrica 15% no presentaron depresión 74% manifestaron depresión mínima y 11% leve Correspondiente a la relación entre las características sociodemográficas y ansiedad se relaciona significativamente con la Edad, donde la edad y la ansiedad en el Hospital MINSA presenta significancia, de la misma manera en centro de salud pampa inalámbrica. Por otra parte, también se observa que las profesiones de los trabajadores de salud se relacionan significativamente con la ansiedad de los trabajadores el centro de salud. Por el contrario, el sexo, estado civil de los trabajadores de salud no se relacionan significativamente con la ansiedad.

5. Correspondiente a vinculación de características sociodemográficas y depresión no se observa asociación significativa con ninguna de ellas.
6. De acuerdo a los niveles de ansiedad encontrados, el centro de salud pampa Inalámbrica presento mayor incidencia de ansiedad leve. Por otro lado, el Hospital MINSA presento mayor incidencia de ansiedad moderada y fue el único que mostro ansiedad grave.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Implementar estrategias preventivo-promocionales para reducir la ansiedad y la depresión, como pausas activas, terapias grupales para la depresión donde se fomente la comunicación entre compañeros, técnicas de relajación y kits de emergencia abastecidos con materiales antiestrés (pelotas de presión, plástico de burbujas, pompas de jabón, etc.)
- ✓ Proponer un programa psicológico de asistencia para los trabajadores de salud que estén sufriendo depresión y trabajen en estas instalaciones.
- ✓ Aplicar tamizajes SQR a los trabajadores de salud para preservar su estado emocional
- ✓ Proporcionar a los trabajadores exámenes de salud mental y sesiones

de concientización para ayudarlos a comprender su condición emocional y cómo afecta su salud física y su desempeño en sus labores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, J. (2021). *Respositorio Institucional UNC*. Recuperado el 2022, de <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4097>
- Aguilar, J. (2021). *Nivel de ansiedad del personal de enfermería en tiempos de Covid-19, hospital Marco Vinicio Iza 2021*. Ibarra. Ecuador.: Repositorio Universidad Técnica del Norte. Recuperado el 2022, de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11701>
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399920309053>
- An, Y. Y. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 276, 312-315. Recuperado el 2022, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720324381>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emer, G. (2010). *Terapia Cognitiva Depresión*. Editorial Desclée Brower.
- Bracamonte, A., & Díaz, D. (2015). *Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo*. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Repositorio de Tesis USAT. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/672>
- Cáceres, S., & Valladares, V. (2021). *Prevalencia de los signos y síntomas relacionados a la ansiedad debido a la pandemia del COVID-19 en trabajadores del área de salud del Hospital General de la Plaza de la Salud, período marzo–mayo, 2021*. Santo Domingo: Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE). Recuperado el 2022, de <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/563>
- Castro, V. (2017). *Depresión y Ansiedad en educandos de secundaria de entidad educativa nacional de Chimbote*. Chimbote: UCV.
- Chana, G., & Huamán, L. (2021). *Ansiedad y estrés en Colaboradores de Establecimiento de Salud en Pandemia de Covid-19, Ilo 2021*. Callao:

- Universidad César Vallejo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75619>
- Chura, G., & Flores, D. (2021). *Ansiedad y estrés laboral en colaborador de salud expuesto a Covid 19 en Centro Salud de Distrito de Cayma – Arequipa*. Arequipa: Universidad San Agustín de Arequipa. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13010>
- Clark, B., & Beck, A. (s.f.). *Terapia cognitiva por trastornos de Ansiedad*. Editorial Desclee de Brouwer. Obtenido de <https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/agente-patogeno>
- Condori, 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*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
- Díaz, B., & Solis, C. (2019). *Depresión y Ansiedad en personas con enfermedad renal crónica estadio V hospital estatal nivel IMINSA de Chiclayo, agosto-diciembre 2017*. Chiclayo: USAT. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9870>
- Díaz, I. &. (2019). *La Evaluación Multidimensional: Técnicas, aplicaciones y alcances*. Revista Evaluar. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9870>
- Ferreira, M., Coronel, G., & Rivarola, M. (2021). *Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay*. Asunción: Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Obtenido de <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.61>
- Flores, S., & Vásquez, R. (2021). *Insomnio, depresión, ansiedad, estrés y síndrome de burnout en el personal encargado del mantenimiento de equipos biomédicos en un hospital con unidades de atención COVID – 19*. Ecuador: Universidad Internacional SEK. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4174>
- Franco, M., & Wuilbert, J. (2020). *Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos*

- de pandemia*. Lima: Repositorio UNSA.
- Gamarra, Y. (2021). *Características de ansiedad en personal de salud que labora en área COVID-19 y no COVID-19 de Hospital Regional del Cusco, periodo febrero – marzo del 2021*. Cusco: Repositorio Digital Universidad Andina del Cusco. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12557/4052>
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). *Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universidad Católica Argentina.
- Guillen, H. (2020). *Percepción riesgo COVID-19 y salud mental en colaboradores de salud de hospital de Chancay de Julio hasta agosto de 2020 en Lima, Perú*. Lima: URP.
- Hernandez, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología investigación científica: rutas cualitativa, cuantitativa y mixta*. Mc Graw Hill Interamericana Editores S. A.
- Indacochea, S., Torres, J., Vera, V., & De la Cruz, J. (2021). *El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19*. Uruguay: Revista Uruguaya De Medicina Interna. Obtenido de <https://revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/158>
- Kamali M, M. M. (2021). Anxiety due to COVID-19 among healthcare providers during pandemic: A web-based cross-sectional survey in Iran. *Neuropsychopharmacol Rep*, 496-510. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8646633/>
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y procesos cognitivos*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- MayoClinic. (2020). *Transtornos de Ansiedad*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Medina, H. (2021). *Ansiedad y depresión en el personal de enfermería de la UCI de un hospital referencial del cono norte de Lima, 2021*. Lima: Universidad

- Norbert Wiener. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5253>
- Ministerio de Salud. (2020). *Guía técnica para cuidado salud mental de personal de salud en contexto de COVID-19*. MINSA. MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
- Morán, E., & Rosas, M. (2021). *Niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la Región Arequipa - 2021*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Obtenido de <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10900>
- Ojeda, M. (2021). *Niveles de estrés, ansiedad y depresión debido al Covid-19, en internos de medicina del Hospital Goyeneche periodo 2020 - 2021*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12543>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedad por el Coronavirus*. OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parco, X. (2021). *Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden con pacientes Covid 19 en Quito - Ecuador*. Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24616>
- Paredes, N. &. (2021). *Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de Lima, 2018*. Lima: Universidad César Vallejo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41516>
- Pérez, T. (2021). *Salud mental relacionada con desempeño laboral del personal de salud asistencial del Hospital Jerusalén durante la pandemia del Covid-19, 2021*. Trujillo: Universidad César Vallejo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72566>
- Pouralizadeh, M., Bostani, Z., & Maroufizadeh, S. (2020). Anxiety and depression and the related factors in nurses of Guilan University of Medical Sciences hospitals during COVID-19: A web-based cross-sectional study. *13*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100233>
- Procel, N., & Tapia, M. (2021). *Riesgo emocional por COVID-19 y relaciones interpersonales en enfermeras. Hospital Humberto del Pozo. Guaranda,*

2021. Guaranda: Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8223>
- Salud, O. P. (2021). *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-19-junio-2021>
- Sánchez, G. (2020). *Impacto de la pandemia covid-19 en el nivel de ansiedad, depresión y estrés de los obstetras del hospital “José Hernán Soto Cadenillas”*. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca. Obtenido de <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4305>
- Sánchez, M. (2020). *Estrés, ansiedad y depresión en profesionales asistenciales, área COVID-19 del hospital Virgen de Fátima 2020*. Tesis de grado, Chachapoyas. Obtenido de <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/2400/Sanchez%20Tomanguilla%20Maria%20Consuelo.pdf?sequence=2>
- Soto, A. (2021). *Nivel de ansiedad en tiempos de Covid-19 de los profesionales de la salud que trabajan en el Centro de Salud “Pampa Inalámbrica” de Ilo en el año 2021*. Ilo: Universidad José Carlos Mariátegui. Obtenido de <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1316>
- Tomás, J. (2020). *Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de COVID-19*. Revista de enfermería y salud mental.
- Urpeque, R. (2020). *Estado de salud mental en personal de salud frente al COVID – 19 de un hospital III – I, Chiclayo – 2020*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/3402>
- Valdivia, M. (2021). *Depresión, ansiedad e insomnio asociados a exposición al covid-19 en médicos de los hospitales de la región Piura*. Piura: Universidad César Vallejo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60798>
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). *Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales de siglo XX. Psicología conductua*. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuáles con las características sociodemográficas de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar en qué medida las características sociodemográficas se relacionan con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Describir las características sociodemográficas de los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022 Describir la ansiedad en los trabajadores de salud durante la pandemia</p>	<p>Hipótesis General Las características sociodemográficas están relacionadas significativamente con la ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022</p> <p>Hipótesis Especifica Las características sociodemográficas están relacionadas significativamente con la ansiedad en colaboradores de salud durante pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022 Las características sociodemográficas están relacionadas significativamente con la depresión en los trabajadores de salud</p>	<p>Socio demográfico</p> <p>Ansiedad Depresión</p>	<p>Socio demográfico</p> <p>Edad en años cumplidos</p> <p>Sexo masculino Sexo femenino</p> <p>Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente</p> <p>Lugar de prestación atención sanitaria</p> <p>Condición laboral</p> <p>Ansiedad No ansiedad 0 hasta 7 Ansiedad leve 8 hasta 18</p>	<p>Tipo de investigación: Correlacional</p> <p>Diseño: Diseño no experimental</p> <p>Población/muestra:</p> <p>Población: 400 colaboradores de salud</p> <p>Muestra: 263 trabajadores de salud</p> <p>Técnicas instrumentos recolección de datos: Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario.</p>

COVID 19 del Hospital

<p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?</p>	<p>MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022 Describir los niveles de depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022</p>	<p>durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022 Existe diferencias significativas entre ansiedad y depresión de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022</p>	<p>Ansiedad moderada 19 hasta 29 Ansiedad grave 30-63</p>
<p>¿Cuáles son los niveles de depresión en trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?</p>	<p>MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022 Determinar la relación de las características sociodemográficas con la de ansiedad en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022</p>	<p>Existe diferencias significativas entre ansiedad y depresión de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022</p>	<p>Depresión Depresión mínima 0 hasta 13 Depresión leve 14 hasta 19 Depresión moderada 20-28 Depresión grave 29 hasta 63</p>
<p>¿Cómo se relacionan características sociodemográficas con la ansiedad en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 de Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?</p>	<p>MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022 Determinar la relación de las características sociodemográficas con la depresión en los trabajadores de salud durante la pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de la provincia de Ilo, 2022</p>	<p>Existe diferencias significativas entre ansiedad y depresión de trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022</p>	<p>Ansiedad moderada 19 hasta 29 Ansiedad grave 30-63</p>

Determinar si existe
diferencia entre nivel de

¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA y Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?	ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia 19 del Hospital MINSA con Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022
¿Cuál es la diferencia entre ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante pandemia COVID 19 del Hospital MINSA con Centro de Salud Pampa Inalámbrica de provincia de Ilo, 2022?	
