

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Ciencias de La Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



Tesis

**“SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021”**

Presentado por: Bachiller Denis Alarcón Valencia.

Para optar el título profesional de médico cirujano

Asesor: DR Ramón Figueroa Mujica.

Cusco- 2021.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A mi mamá y papá, por alentarme a seguir este camino por su apoyo incondicional durante toda mi vida universitaria y antes, por enseñarme perseverancia, además de todos los demás valores que sigo. A toda mi familia por ser un gran apoyo durante esta etapa de formación.

A mis amigos por a los cuales conocí durante toda mi carrera

. A los profesores que conocí a lo largo de esta valiosa etapa, tanto en la universidad como en los hospitales.”

Al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por haberme acogido por 3 meses y al Hospital Antonio Lorena del Cusco, por haberme permitido culminar mi internado médico, y abrirme sus puertas para la realización de la presente tesis.

CONTENIDO

CONTENIDO	i
RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	iv
CAPÍTULO I: EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Fundamentación del problema de investigación	1
1.3 Formulación del problema de investigación	2
1.3.1 Problema general	2
1.3.2 Problemas específicos	2
1.4 Objetivos de la investigación	2
1.4.1. Objetivo general	2
1.4.2. Objetivos específicos	3
1.5 Justificación de la investigación	3
1.6 Limitaciones de la investigación	4
1.7 Aspectos éticos	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
2.1 Antecedentes teóricos	5
2.1 Marco teórico	11
2.2 Definición de terminos básico	34
2.3 Hipótesis	35
2.3.1 Hipótesis general	35
2.3.2 Hipótesis específicos	35
2.4 Variables	37
2.5 Definiciones Operacionales	38
CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGIA DE INVESTIGACIÓN	47
3.1 Tipo de investigación	47
3.2 Diseño de la investigación	47
3.3 Población y muestra	47
3.3.1. Descripción de la población	47
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	47
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	48
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.5 Plan de análisis de datos	50
CAPITULO IV	53
RESULTADOS	53
CAPITULO V	64
DISCUSION	64
CONCLUSIONES	68
RECOMENDATIONS Y SUGERENCIAS	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO	73

RESUMEN

“SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021”

Alarcón Denis, Figueroa Ramón.

Antecedentes: La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a su comunidad». Actualmente toma mucha influencia la pandemia por covid 19 sobre la salud mental esto debido por que el personal de salud está expuesto directamente no solo a la enfermedad sino también a factores demográficos y laborales los cuales influyen directamente sobre la aparición de algún trastorno mental.

Métodos: Se realizara estudio transversal analítico el cual evaluó a 141 trabajadores de salud del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19. **Criterios de exclusión:** Personal del HAL que trabaje en áreas administrativas; personal de salud que tenga trabajo remoto o mixto (remoto y presencial) y personal que haya tenido algún trastorno mental diagnosticado antes del inicio de la pandemia diagnosticado. Se realizó análisis univariado, bivariado y habiéndose hallado el Odds ratio; la significancia estadística estuvo dada por el valor de $p < 0.05$ y el intervalo de confianza.

Resultado: Se excluyeron 15 trabajadores de salud por presentar trastorno mental diagnosticado antes del inicio de la pandemia, la frecuencia de presentación de trastornos fue la siguiente insomnio(44.7%) ansiedad (43.3%) y depresión (36.1%) ; se encontró los siguientes factores de asociación en el análisis bivariado relación de género(femenino) y depresión OR=1.994, IC(1.946-4.205), $p=0.048$; edad(30 y 59 años) e insomnio $p=0.048$, OR=1.54, IC(1.7-3.2); estado civil(casado) y ansiedad $p=0,03$ OR=2.04, IC(2.04-5.14);“si trabaja en área diferencial covid 19” con depresión y ansiedad con los siguientes estadísticos de análisis respectivamente $p=0.012$ OR=2.821, IC (1.235-6.448); $p=0.004$, OR=5.077, IC(2.068-12.464).

Conclusiones: “Dentro de los trastornos mentales estudiados el más frecuente fue el insomnio. En el análisis bivariado se encontró que el género femenino es un factor asociado a depresión; el rango de edades de 30 y 59 años está asociado a insomnio; el estado civil casado está asociado a presentar ansiedad y por último el trabajar en el área diferencial covid 19 está asociado a presentar depresión y ansiedad en trabajadores del HAL durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.”

Palabras clave: Salud mental (ansiedad, insomnio y depresión), trabajadores de salud factores asociados. [DeCS/MeSH]

ABSTRACT

“MENTAL HEALTH IN WORKERS OF THE ANTONIO LORENA HOSPITAL DURING THE COVID-19 PANDEMIC CUSCO, 2021”

Alarcón Denis, Figueroa Ramon.

Background. The WHO defines mental health as "a state of well-being in which the individual develops his capacities, copes with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to contribute to his community." Currently, the pandemic due to covid 19 has a lot of influence on mental health, this because health personnel are directly exposed not only to the disease but also to demographic and work factors which directly influence the appearance of a mental disorder.

Methods: Methods: An analytical cross-sectional study will be carried out which evaluated 141 health workers from the Antonio Lorena hospital during the covid 19 pandemic. Exclusion criteria: Antonio Lorena Hospital staff who work in administrative areas; health personnel who have remote or mixed work (remote and face-to-face) and personnel who have had a mental disorder diagnosed before the onset of the diagnosed pandemic. A univariate and bivariate analysis was performed and the Odds ratio was found; statistical significance was given by the value of $p < 0.05$ and the confidence interval.

Result: 15 health workers were excluded for presenting a mental disorder diagnosed before the onset of the pandemic, the frequency of presentation of disorders was the following insomnia (45.9), anxiety (40%) and depression (30%); The following association factors were found in the bivariate analysis of gender and depression $p = 0.048$, OR = 1.994, CI (1.9-4.2); age (30 and 59 years) and insomnia $p = 0.048$, OR = 1.54, CI (1.7-3.2); marital status (married) and anxiety $p = 0.03$ OR = 2.04, CI (2.04-5.14); "If you work in the differential area covid 19" with depression and anxiety with the following analysis statistics respectively $p = 0.012$ OR = 2.821, CI (1,235-6,448); $p = 0.004$, OR = 5.077, CI (2.068-12.464).

Conclusions: found that female gender is a factor associated with depression; the age range of 30 and 59 years is associated with insomnia; Married marital status is associated with presenting anxiety and finally, working in the differential area of COVID 19 is associated with presenting depression and anxiety in workers at the Antonio Lorena hospital during the COVID-19 pandemic in Cusco, 2021.

Keywords: Mental health (anxiety, insomnia and depression). Health workers associated factors. [DeCS / MeSH

INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a su comunidad».

La depresión, ansiedad e insomnio son las expresiones más frecuentes de trastornos de salud mental, siendo estos influidos por muchos factores en el surgimiento de estos trastornos.

La depresión constituye parte del espectro de trastornos mentales la cual es muy frecuente y como consecuencia forma gran parte de causas de discapacidad en todo el mundo. La persona con depresión presenta “tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteración del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. El insomnio si bien constituye parte de depresión se caracteriza por alteración del inicio, continuidad o término del sueño. La ansiedad es la preocupación excesiva que puede tener una persona y que altera su capacidad para desarrollarse.

Si bien sabemos el covid 19 constituye una enfermedad nueva y el número de personas con covid 19 ha aumentado exponencialmente desde noviembre del 2019 hasta la actualidad la cual es de 155 millones de personas contagiadas con 3.19 millones de muertes en todo el mundo. Es por eso que se prevé que la cantidad de afectados y la alta tasa de mortalidad generan descontento, miedo, desconfianza y como consecuencia altere la salud mental en el espectro de los trastornos más frecuentes.

La enfermedad por COVID-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo altos tanto biológicos como mentales. Aunque son poco representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 en trabajadores de salud es mayor que la población general lo cual repercute en el estado de salud (físico como mental).

CAPÍTULO I

EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema de investigación.

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y es capaz de contribuir a su comunidad». ¹

Dentro del gran espectro de trastorno de la salud mental los que tienen mayor relevancia o mayor frecuencia son los siguientes ansiedad, depresión e insomnio. Estos componentes del trastorno de salud mental se relacionan asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, estilos de vida poco saludables. ²

El número de personas con covid-19 ha aumentado exponencialmente desde noviembre del 2019 hasta la actualidad la cual es de 155 millones de personas contagiadas con 3.19 millones de muertes en todo el mundo. ⁸ En el Perú el número contagiados asciende hasta la fecha a 1.81 millones y mortalidad de 62.126, en la ciudad de Cusco el número de contagiados 55.363 con 1210 muertos. ⁸ La covid-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo biológico y mental sin precedentes. la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. ⁵ Los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población, en la gran mayoría de los países y menos del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14% de los casos de covid-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35%. Miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la covid-19 han perdido la vida en todo el mundo. ⁵ Es por eso que se prevé que creciente cantidad de afectados y la alta tasa de mortalidad generan descontento, miedo, desconfianza y como consecuencia altere la salud mental en el espectro de los trastornos más frecuentes.

En el Perú el sistema de salud público ha estado desatendido por décadas y ha tenido que lidiar con las consecuencias de esta pandemia. La falta de camas UCI, equipos de protección inadecuados que al inicio se evidencio, preparación del personal de salud inadecuado, insuficiente número de personal de salud en las diferentes áreas de trabajo, personal médico especialista, enfermeras, técnico y otros profesionales de la salud. Todos estos factores han influido en el aumento de la mortalidad por covid-19 en el Perú

y también posee influencia directa sobre la salud mental y física del personal que se encuentra en primera línea de lucha contra la enfermedad por covid-19.

La depresión constituye trastorno mental muy frecuente y como consecuencia forma gran parte de causas de discapacidad en todo el mundo. En el mundo existen aproximadamente de 264 millones de personas con esta afección, la frecuencia de presentación es mas en mujeres que en los hombres.³ La ansiedad y las fobias afectan alrededor de una de cada diez personas en algún momento de sus vidas. ⁴

Según OMS durante la pandemia de COVID-19, el efecto en la salud mental de profesionales de la salud fue la siguiente 1 de cada 4 personas estaba sufriendo depresión y ansiedad, y 1 de cada 3 personas insomnio. Al mismo tiempo la OMS evidenció recientemente un aumento de la notificación por parte de los trabajadores de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19.⁵

1.3 Formulación del problema de investigación

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son las morbilidades de salud mental en los trabajadores del Hospital Antonio Lorena al finalizar la segunda ola del covid 19, Cusco 2021?

1.3.2 Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es el nivel de severidad de los trastornos de salud mental en trabajadores del Hospital Antonio Lorena al finalizar la segunda ola de covid 19, Cusco 2021?
- 2) ¿Cuál es la frecuencia de otras morbilidades de salud mental (diferentes a depresión ansiedad e insomnio) en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021?
- 3) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos (genero, edad y estado civil) y laborales (profesión, lugar de trabajo y jornada laboral) asociados a morbilidad de salud mental en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Describir las morbilidades de salud mental en los trabajadores del Hospital Antonio Lorena al finalizar la segunda ola del covid 19, Cusco 2021?

1.4.2. Objetivos específicos

- 4) Determinar el nivel de severidad de los trastornos de salud mental en trabajadores del Hospital Antonio Lorena al finalizar la segunda ola de covid 19, Cusco 2021?
- 5) Determinar la frecuencia de otras morbilidades de salud mental (diferentes a depresión ansiedad e insomnio) en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021?
- 6) Determinar los factores sociodemográficos (genero, edad y estado civil) y laborales (profesión, lugar de trabajo y jornada laboral) asociados a morbilidad de salud mental en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021?

1.5 Justificación de la investigación

- El número de personas con covid-19 ha aumentado exponencialmente desde noviembre del 2019 hasta la actualidad la cual es de 155 millones de personas contagiadas con 3.19 millones de muertes en todo el mundo. ⁸
- La segunda ola de covid 19 en el Cusco se estableció en el periodo de enero a mayo, durante este periodo ya se estaban conociendo las nuevas variantes del coronavirus y el presente estudio se realizó posterior a esta ola en el siguiente periodo de 25 de mayo al 2 de junio del 2021. Como bien se conoce el espectro del coronavirus se informó que causa enfermedad leve (neumonía leve o nula) en el 81%, en el 14% se informó enfermedad grave (p. Ej., Con disnea, hipoxia o afectación pulmonar > 50 % en las imágenes dentro de las 24 a 48 horas) y se informó enfermedad crítica (p. Ej., Con insuficiencia respiratoria, shock o disfunción multiorgánica) en el 5%. La tasa general de letalidad fue del 2,3%.⁷
- El sistema de salud peruano tiene un déficit para enfrentarnos a esta enfermedad los cuales son los siguientes déficit en camas UCI, en personal de salud capacitado, necesidad de oxígeno y servicios hospitalarios, estas debilidades del sistema de salud ponen en riesgo la salud física como la salud mental del personal de salud, según antecedentes citados anteriormente la tasa de prevalencia en el personal de salud mental deteriorada es mayor a la de la población.
- Además de los riesgos físicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas, los cuales viven con el temor constante de estar expuestos a la enfermedad mientras están separados de sus familias y se enfrentan a la estigmatización social. Antes de que comenzara la pandemia de

COVID-19, los profesionales de la medicina ya corrían un mayor riesgo de suicidio en todas partes del mundo. En un estudio reciente sobre los profesionales de la salud se concluyó que, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio. La OMS evidenció recientemente un aumento de la notificación por parte de los trabajadores de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19.⁵

1.6 Limitaciones de la investigación

- Disponibilidad de tiempo de los trabajadores de salud después de la consulta.
- Trabajadores de salud con diagnóstico médico de algún trastorno de salud mental antes del inicio de la pandemia
- No existe una investigación o informe acerca de la salud mental de los trabajadores lo cual puede generar error en la discusión y conclusiones del estudio.
- Solo será realizada a trabajadores de salud con trabajo presencial no se realizará en trabajadores con trabajo remoto o mixto (presencial y remoto).
- Será realizado en ámbito hospitalario único, no tomó en cuenta a todos los centros prestadores de servicios de salud del Cusco.
- Diseño del estudio por ser un estudio observacional.

1.7 Aspectos éticos

El proyecto de investigación está fundamentada bajo los principios planteados en la declaración de Helsinki y el código de Núremberg. Los procedimientos que se realizarán están bajo el cumplimiento de “Normas Internacionales de Ética en la investigación y la norma de ética médica, establecidas por el colegio médico del Perú; teniendo en consideración que este estudio no requiere firma de consentimiento informado por ser un estudio de riesgo mínimo; participando las personas con asentimiento verbal de participar en el estudio, respetando su privacidad y la confidencialidad de la información, sin embargo se considera lo siguiente: proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes; el de ser examinados después de haber conseguido el asentimiento verbal de los participantes; mi persona mostrará respeto hacia los pacientes; los nombres de los participantes no son tomados en la ficha de recolección de datos, ni en la base de datos conservando así el anonimato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes teóricos

Gupta B y cols (Lucknow. India, 2020) en su estudio “Ansiedad y trastornos del sueño entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 en India: Encuesta transversal en línea”, cuyo objetivo fue evaluar y medir los efectos de la pandemia de COVID-19 en los niveles de ansiedad y la calidad del sueño entre los trabajadores de la salud en la India, así como determinar cómo la falta de disponibilidad de equipo de protección personal afecta su disposición a brindar pacientes cuidados relacionados.⁹

Se realizó un estudio transversal analítico; donde se utilizó cuestionarios estructurados piloto con respuestas autoinformadas de 368 trabajadores de la salud voluntarios de ambos sexos en la India. Los participantes del estudio fueron identificados a través de plataformas de redes sociales como Facebook y WhatsApp se utilizó cuestionario GAD 7 para ansiedad. Cuyo resultado muestra La mayoría de los trabajadores de la salud (126/368, 34,2%) pertenecían al grupo de edad de 45 a 60 años, y el 52,2% (192/368) eran médicos. Se observó ansiedad severa (es decir, puntuación de GAD-7 > 10) entre el 7.3% (27/368) de los trabajadores de la salud, Además, el 31,5% (116/368) de los trabajadores de la salud tenían una calidad de sueño de mala a regular (es decir, puntuaciones <6). El análisis univariado mostró que el sexo femenino y la disponibilidad inadecuada de equipo de protección personal se asociaron significativamente con niveles más altos de ansiedad ($p = 0,01$ para ambos). La alteración del sueño se asoció significativamente con la edad <30 años ($p = 0,04$) y el equipo de protección personal inadecuado ($p < 0,001$). El análisis multivariable mostró que una peor calidad del sueño se asoció con niveles más altos de ansiedad ($p < 0,001$).⁹

En conclusión la pandemia de COVID-19 ha causado potencialmente niveles significativos de ansiedad y trastornos del sueño entre los trabajadores de la salud, particularmente asociados con el género femenino, el grupo de edad más joven y la disponibilidad inadecuada de equipo de protección personal. Estos factores ponen a los trabajadores de la salud en constante riesgo de contraer la infección ellos mismos o transmitirla a sus familias.⁹

Dosil M y cols (País Vasco –España,2020) en su estudio “Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”, cuyo objetivo fue

describir la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función del sexo y la edad de los participantes.¹⁰

Se realizó un estudio analítico transversal; Donde la muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 74. De estas personas, 338 eran mujeres (edad media = 42.6; DT=10.2) y 1650 eran hombres (edad media = 47.4; SD = 13.4). Se diseñó un cuestionario que contenía datos sociodemográficos (sexo y edad), y preguntas acerca de si vivían acompañados de alguna persona con enfermedad crónica, si habían tenido contacto con personas infectadas de COVID-19, si tenían miedo al ir a trabajar y sobre la percepción del cumplimiento de las normas de confinamiento de la población. Con respecto a los resultados el 46.7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27.4% depresión y el 28.9% problemas de sueño. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad [$t(419) = 2.66$, $p = .008$] y estrés [$t(419) = 2.21$, $p = 0.027$]. En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés (32.1%), ansiedad (25.3%), insomnio (21%) y depresión (19.5%).¹⁰

Se concluye que el porcentaje alto de profesionales sanitarios señala sufrir síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño. Las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés encontrados fueron superiores a los de estudios previos sobre el COVID-19. Los niveles severos de ansiedad son incluso superiores a los hallados en China.¹⁰

Urzua y cols (Antofagasta – Chile, 2020) en su estudio “Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile” cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad, depresión, insomnio y distres en trabajadores de salud.¹¹

Se realizó un estudio descriptivo; donde se acopio información de 125 empleados de Atención Secundaria 80% y Atención Primaria en Salud 20%, entre 18 a 67 años ($M = 39,59$; $DE = 11,08$) a través de encuestas por internet realizadas durante las dos últimas semanas de abril de 2020. De estos, 32 (25,6%) son médicos, 22 (17,6%) profesionales de enfermería y 71 (56,8%) correspondientes a otras profesiones, en su mayoría fueron mujeres (88%). Cuyos resultados fueron. La mediana obtenida en cada instrumento según los distintos grupos de análisis. La mediana de las puntuaciones de las mujeres fue significativamente mayor que la de los hombres en depresión, ansiedad, insomnio y distres ($p = 0,000$ en todas ellas). La mediana de las puntuaciones de los profesionales de enfermería fue significativamente mayor que la de los médicos fueron “en depresión ($p = 0,000$), ansiedad ($p = 0,001$), insomnio ($p = 0,000$) y distres ($p = 0,002$). La mediana

de las puntuaciones de quienes atendieron infecciones respiratorias versus los que no, fue significativamente mayor en insomnio ($p = 0,0035$) y distrés ($p = 0,021$). De igual manera, la mediana de las puntuaciones de quienes atendieron casos COVID versus los que no fue significativamente mayor en depresión ($p = 0,025$), insomnio ($p = 0,027$) y distrés ($p = 0,024$). Por último, al comparar los profesionales que no contaban con protección individual con quienes sí, la mediana de estos fue significativamente mayor en ansiedad ($p = 0,013$). Del total de participantes, una mayor proporción presentó síntomas de depresión (82[65,6%]), ansiedad (93[74,4%]), insomnio (81[64,8%]) y distrés (71[56,8%]).¹¹

Las conclusiones de este estudio demuestran que el porcentaje de personas con insomnio, depresión y ansiedad es más frecuente en el personal de salud en comparación con la población general; y está en un más alto porcentaje estos trastornos en las personas que trabajan directamente con los pacientes con afecciones respiratorias.¹¹

Wen-rui Zhang y cols (Beijing-china, 2020) en su estudio “Problemas de salud mental y psicosociales de los trabajadores de la salud durante la epidemia de COVID-19”, cuyo objetivo fue comparar las características sociodemográficas (áreas de vida rural vs urbana, riesgo de contacto con pacientes con covid 19, tener enfermedades, ocupación, viviendo con familiares, orgánicas en China) y características clínicas (insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivos compulsivos) entre el personal médico y no médico.¹²

“Se realizó un estudio transversal analítico, donde se ha realizado una comparación entre una muestra de 927 trabajadores de la salud (680 médicos y 247 enfermeras) con 1255 trabajadores de la salud no médicos. En el estudio se encontró los siguientes resultados los trabajadores de la salud médica mostraron tasas de prevalencia más altas de insomnio (38.4 vs 30.5%, $p < 0.01$), ansiedad (13.0 vs 8.5%, $p < 0.01$), depresión (12.2 vs 9.5%; $p = 0.04$), somatización (1.6 vs 0.4%; $p < 0.01$) y síntomas obsesivo-compulsivos (5.3 vs 2.2%; $p < 0.01$) que los trabajadores de salud no médicos. Los trabajadores de la salud médica también tuvieron puntuaciones totales más altas de ISI ($p < 0.01$), GAD-2 ($p < 0.01$), PHQ-2 ($p = 0.01$) y en la escala de síntomas obsesivo-compulsivos SCL-90-R ($p < 0,01$) que los trabajadores sanitarios no médicos. No se encontraron diferencias en la ansiedad fóbica entre ambos grupos, en el análisis univariado se evidenció la relación entre insomnio y tener enfermedades orgánicas (sí vs no) OR: 3.39 IC (2.20, 5.22), $p < 0.01$; la relación de ansiedad y tener enfermedad orgánica, para depresión se relacionó con el género masculino OR 1.85 IC (1.11, 3.08)

p=0.02¹².”

Los empleados de salud durante la pandemia de COVID-19 tuvieron altas tasas de prevalencia de insomnio severo, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos. También tenían factores de riesgo para desarrollar insomnio, ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y somatización. Por lo tanto, la presencia de estos síntomas además del estado de vida de la lucha diaria contra COVID-19 sugiere que deben hacer frente a la angustia psicológica y están en riesgo de sobrecarga alostática.¹²

Jianbo Lai y cols (Wuhan –China, 2020) en su estudio “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019”, cuyo objetivo fue evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China.¹³

“Se realizó un estudio transversal analítico donde se ha estudiado a 1.830 trabajadores de la salud (702 [38,4%] médicos y 1128 [61,6%] enfermeras) que solicitaron participar, 1257 encuestados (68,7%) completaron la encuesta. Cuyos resultados fueron una proporción considerable de participantes presentaba síntomas de depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]). El análisis de regresión logística multivariable mostró que, después de controlar los factores de confusión, ser mujer y tener un título profesional intermedio se asociaron con síntomas graves de depresión, ansiedad y angustia (p. Ej., Depresión grave entre las mujeres: OR, 1,94; IC del 95%, 1,26-2,98; p = 0,003; ansiedad severa entre aquellos con títulos profesionales intermedios: OR, 1,82; IC del 95%, 1,38-2,39; p <0,001). En comparación con trabajar en un hospital terciario, trabajar en hospitales secundarios se asoció con síntomas más graves de depresión (OR, 1,65; IC del 95%, 1,17-2,34; P = 0,004) y ansiedad (OR, 1,43; IC del 95%, 1,08-1,90; P = .01). Trabajar fuera de la provincia de Hubei se asoció con un menor riesgo de sentirse angustiado que trabajar en Wuhan (OR, 0,62; IC del 95%, 0,43-0,88; P = 0,008). En comparación con trabajar en puestos de segunda línea, trabajar en primera línea tratando directamente a pacientes con COVID-19 pareció ser un factor de riesgo independiente para todos los síntomas psiquiátricos después del ajuste (depresión, OR 1,52; IC del 95%, 1,11-2,09; P = .01; ansiedad, OR 1,57; IC del 95%, 1,22-2,02; P <0,001; insomnio, OR 2,97; IC del 95%, 1,92-4,60; P <0,001; angustia: OR, 1,60; IC del 95%, 1,25- 2,04; p <0,001).¹³”

En esta encuesta de trabajadores de la salud en hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 en Wuhan y otras regiones de China, los

participantes informaron haber experimentado una carga psicológica, especialmente enfermeras, mujeres, personas en Wuhan y salud de primera línea. trabajadores de la salud directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19.¹³

Pratik khalal y cols (Katmandú- Nepal, 2020) en su estudio “Impactos en la salud mental entre los trabajadores de la salud durante el COVID-19 en un entorno de bajos recursos: una encuesta transversal de Nepal”, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la ansiedad, la depresión y el insomnio entre los empleados de la salud involucrados en la respuesta al COVID-19 en Nepal.¹⁴

Se realizó un estudio transversal analítico; donde se han estudiado a un total de 475 trabajadores de la salud de los cuales el 52,6% eran mujeres. Cuyo resultados fueron Más de un tercio de los participantes tenían algunos síntomas de ansiedad (límite: 23,6% y anormal: 18,3%). Del mismo modo, el 37,5% de los participantes experimentaron síntomas de depresión (límite: 24% y anormal: 13,5%). Asimismo, los síntomas de insomnio fueron prevalentes en el 33,9% de los participantes (insomnio subumbral: 26,7%, insomnio moderado: 5,7% e insomnio clínico severo: 1,5%). Hubo una diferencia significativa en ansiedad ($p < 0,001$) y depresión. ($p = 0,001$) en diferentes tipos de profesión. Sin embargo, el tipo de profesión no fue estadísticamente significativo con el insomnio ($p = 0,142$). Las enfermeras tenían una mayor proporción de síntomas relacionados con ansiedad anormal, depresión anormal e insomnio clínico severo que otras profesiones.¹⁴

En el estudio se concluyó que una proporción considerable de síntomas de ansiedad, depresión e insomnio entre los trabajadores de la salud durante la fase inicial de la pandemia en Nepal. Los trabajadores de la salud que se enfrentaban al estigma, los que tenían antecedentes de medicación para problemas de salud mental y los que informaban de medidas preventivas inadecuadas en su lugar de trabajo tenían un mayor riesgo de desarrollar resultados de salud mental.¹⁴

Rossi R y cols (Italia) en su estudio “Resultados de salud mental entre los trabajadores de atención médica de primera línea y de segunda línea durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Italia”, cuyo objetivo fue evaluar la relación de salud mental (ansiedad, depresión, insomnio y estrés percibido) con la posición de trabajo, ocupación, grado de educación, género y edad.¹⁵

Se realizó un estudio transversal analítico, donde se ha estudiado a un total de 1379 de los cuales mujeres 1064 y hombres 315; cuyo resultados fueron Un total de 681

encuestados (49,38%) aprobaron el PTSS; 341 (24,73%), síntomas de depresión; 273 (19,80%), enfermeras y los auxiliares de salud tenían más probabilidades de respaldar el insomnio severo (enfermeras: OR, 2,03; IC del 95%, 1,14-3,59; $P = 0,02$; auxiliares de salud: OR, 2,34; IC del 95%, 1,06-5,18; $p = 0,04$). Tener un colega fallecido se asoció con PTSS (OR, 2,60; IC del 95%, 1,30-5,19; $P = 0,007$) y síntomas de depresión (OR, 2,07; IC del 95%, 1,05-4,07; $P = 0,04$) e insomnio (OR, 2,94; IC del 95%, 1,21-7,18; $P = 0,02$); tener un colega hospitalizado se asoció con PTSS (OR, 1,54; IC del 95%, 1,10-2,16; $P = 0,01$) y mayor estrés percibido (OR, 1,93; IC del 95%, 1,30-2,85; $P = .001$); y tener un colega en cuarentena se asoció con PTSS (OR, 1,59; IC del 95%, 1,21-2,09; $P = 0,001$), síntomas de depresión (OR, 1,38; IC del 95%, 1,00-1,90; $P = 0,047$) y mayor estrés percibido (OR, 1,66; IC 95%, 1,19-2,32; $p = 0,002$). La exposición al contagio se asoció con síntomas de depresión (OR, 1,54; IC 95%, 1,11-2,14; $P = 0,01$).

Se concluyó este es el primer informe sobre los resultados de salud mental y los factores de riesgo asociados entre los trabajadores sanitarios en Italia durante la pandemia de COVID-19. Estos resultados están en línea con informes anteriores de China, confirma una proporción sustancial de problemas de salud mental, particularmente entre las mujeres jóvenes y los trabajadores sanitarios de primera línea.¹⁵

Jing Gao y cols (Wuhan- china, 2020) en su estudio “impacto en la salud física y mental entre el personal médico en Wuhan durante el brote de COVID-19: un análisis de grupos”, cuyo objetivo fue describir los problemas de salud física y mental en el personal médico.¹⁶

Se estudió a 251 miembros del personal médico con edades comprendidas entre los 22 y los 54 años, 202 (80,5%) eran mujeres, 219 (87,3%) tenían más de 6 años de experiencia laboral y 23 (9,2%) tenían antecedentes de asma o hiperreactividad de las vías respiratorias (AHR). Los resultados fueron. Un total de 83,7% de los sujetos estaban preocupados por contraer COVID-19 (preocupación relacionada con COVID-19, 83,3% de los cuales expresaron preocupación leve. Además, el 56,2% de los participantes se sintió ansioso, el 97,9% de los cuales experimentaron ansiedad leve. Además, el 34,3% de los participantes experimentó nuevos síntomas en las vías respiratorias o el corazón, cuyos signos típicos consistieron en tos y opresión en el pecho, y el 20,3% de los sujetos experimentaron alergias cutáneas de nueva aparición, que se manifiesta principalmente como sarpullido y picazón. Todos los participantes desinfectaron sus áreas de vivienda al menos una vez al día, informando sobre la frecuencia, el método de desinfección (spray o toallita) y el tipo de desinfectante utilizado.¹⁶

En este estudio se concluye en primer lugar, más del 80% del personal médico estaba preocupado por contraer una infección relacionada con COVID-19, así como por la aparición de ansiedad (56,2%), síntomas de las vías respiratorias o del corazón y alergias cutáneas.¹⁶

2.1 Marco teórico

2.1.1 Definición

La Organización mundial de la salud delimita la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a su comunidad».¹

La depresión constituye trastorno mental muy frecuente y como consecuencia forma gran parte de causas de discapacidad en todo el mundo. En el mundo existen aproximadamente de 264 millones de personas con esta afección, la frecuencia de presentación es mas en mujeres que en los hombres.³

La persona con depresión presenta tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteración del sueño o apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes.³

Insomnio es la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: Dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.¹⁷

La ansiedad y las fobias afectan a alrededor de una de cada diez personas en algún momento de sus vidas. La ansiedad es el sentimiento normal de temor que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a situaciones amenazantes o difíciles. Nos puede ayudar a evitar situaciones peligrosas, alertándonos y motivándonos para hacer frente a los problemas. Pero si estos sentimientos de ansiedad son demasiado fuertes, nos pueden llegar a impedir hacer las cosas que queremos.⁴

La COVID-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no son representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones

por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general.⁵

Aunque los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población en la gran mayoría de los países y menos del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35%. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son limitadas, y no es posible establecer si los trabajadores sanitarios se infectaron en el lugar de trabajo o en entornos comunitarios. Miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la COVID-19 han perdido la vida en todo el mundo.⁵

2.1.2 Epidemiología.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Aproximadamente 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. De hecho, muchas personas padecen ambas afecciones.¹⁸

De acuerdo con un estudio reciente de la OMS, se estima que los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial US\$ 1 billón en pérdida de productividad.¹⁸

El número de personas con covid 19 ha aumentado exponencialmente desde noviembre del 2019 hasta la actualidad la cual es de 155 millones de personas contagiadas con 3.19 millones de muertes en todo el mundo. ⁸

En el Perú el número contagiados asciende hasta la fecha a 1.81 millones y mortalidad de 62.126, en la ciudad de Cusco el número de contagiados 55.363 con 1210 muertos. Con un aumento de casos diarios de 416 la tasa de letalidad es de 4,24% y tasa de mortalidad de 13.59x10000 hab.⁸

En la actualidad además de los riesgos físicos que se evidencia en el personal de salud, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas, los cuales viven con el temor constante de estar expuestos a la enfermedad mientras están separados de sus familias y se enfrentan a la

estigmatización social. Antes de que comenzara la pandemia de COVID-19, los profesionales de la medicina ya corrían un mayor riesgo de suicidio en todas partes del mundo. En un estudio reciente - en inglés, sobre los profesionales de la salud se concluyó que, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio. La OMS evidenció recientemente un aumento de la notificación por parte de los trabajadores de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19.⁵

2.1.3 TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

CARACTERISTICAS CLINICAS

2.1.3.1 DEPRESION

Se define como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración". Es importante reconocer el potencial de confusión creada por los múltiples usos del término "depresión". La depresión puede referirse a:

- Estado de ánimo, que puede ser normal o parte de un síndrome psicopatológico.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos (p. Ej., Depresión mayor o depresión menor)
- Trastorno mental que identifica una afección clínica distinta (p. Ej., Depresión mayor unipolar)

Por ejemplo, la depresión mayor es un síndrome que se produce como consecuencia de varios trastornos, incluida la depresión mayor unipolar (también denominada "trastorno depresivo mayor"), el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos y el trastorno depresivo debido a otra condición médica (general) .¹⁹

Prevalencia en la población general

En todo el mundo: la depresión es muy prevalente en la población general de adultos de todo el mundo. Las encuestas representativas a nivel nacional o regional en 21 países estiman que la prevalencia de 12 meses de depresión mayor unipolar en todos los países es del 5 por ciento. Además, la prevalencia de por vida de la depresión mayor unipolar más el trastorno depresivo persistente (distimia), según encuestas en 14 países, es de aproximadamente el 12 por ciento. ¹⁹

- La prevalencia de depresión mayor unipolar más trastorno depresivo persistente en los países desarrollados (Estados Unidos y Europa) es aproximadamente del 18 por ciento.

- En los países en desarrollo (p. Ej., República Popular de China, México y Brasil), la prevalencia estimada de por vida es del 9%.

SINTOMAS

Estado de ánimo deprimido: el estado de ánimo deprimido (disforia) es una característica esencial de la depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) y el trastorno depresivo persistente (distimia). La disforia puede tomar muchas formas, como sentirse triste, desesperanzado, desanimado, "triste" o "deprimido". Los pacientes que parecen tristes (p. Ej., Llorosos) pueden inicialmente negar la tristeza y afirmar que se sienten ansiosos, "bla" o que no tienen sentimientos. Además, en aproximadamente el 50 % de los pacientes con depresión mayor se presenta una mayor y persistente molestia, frustración, irritabilidad, ira u hostilidad.¹⁹

Pérdida de interés o placer: la pérdida de interés o placer (anhedonia) en actividades que antes eran placenteras también es un síntoma cardinal de la depresión mayor unipolar. Los pacientes experimentan los eventos, pasatiempos y actividades como menos interesantes o divertidas, y pueden informar que "ya no les importa". Los pacientes pueden apartarse o perder interés en los amigos, y la libido o el interés en el sexo también pueden disminuir.¹⁹

Cambio en el apetito o el peso: el apetito y el peso pueden disminuir o aumentar en la depresión mayor unipolar, el trastorno depresivo persistente y el trastorno disfórico premenstrual. Algunos pacientes tienen que obligarse a comer, mientras que otros comen más y pueden desear alimentos específicos (por ejemplo, comida chatarra y carbohidratos).¹⁹

Alteración del sueño: la alteración del sueño ocurre con frecuencia en la depresión mayor unipolar, y también puede ocurrir en el trastorno depresivo persistente y en el trastorno disfórico premenstrual. Los problemas para dormir se manifiestan como insomnio o hipersomnias: ¹⁹

- **Insomnio inicial:** dificultad para conciliar el sueño
- **Insomnio medio:** despertarse en medio de la noche, con dificultad para volver a dormir
- **Insomnio terminal:** despertarse antes de lo habitual y permanecer despierto

- **Hipersomnia:** sueño nocturno prolongado o sueño diurno.
- Muchos pacientes deprimidos describen su sueño como no reparador e informan que tienen dificultades para levantarse de la cama por la mañana.

Fatiga o pérdida de energía: la falta de energía (anergia) se describe como sentirse cansado, agotado y apático. Los pacientes pueden sentir la necesidad de descansar durante el día, experimentar pesadez en las extremidades o sentir que es difícil iniciar o completar actividades.¹⁹

Disfunción neurocognitiva: la depresión mayor unipolar, el trastorno depresivo persistente y el trastorno disfórico premenstrual pueden manifestarse con una capacidad alterada para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Los pacientes también pueden parecer fácilmente distraídos o quejarse de dificultades de memoria.

Para la mayoría de los pacientes deprimidos (especialmente los adultos jóvenes y de mediana edad), los síntomas cognitivos se distinguen fácilmente de los causados por el delirio o la demencia. La disfunción neurocognitiva en la depresión es generalmente leve y está marcada por quejas subjetivas más que por hallazgos objetivos en la exploración. En pacientes adultos mayores, los problemas de memoria pueden confundirse con los de una demencia neurodegenerativa ("pseudodemencia" o "demencia de la depresión"); estos problemas suelen remitir con un tratamiento satisfactorio del síndrome depresivo. Sin embargo, algunos pacientes con demencia neurodegenerativa inicialmente presentan un episodio de depresión mayor que incluye dificultades de memoria.

Según los metanálisis de estudios neurocognitivos que han comparado a pacientes con depresión mayor con controles sanos, la depresión mayor se caracteriza por déficits en:

- Atención.
- Concentración.
- Flexibilidad cognitiva (cambio de concepto o conjunto).
- Función ejecutiva (por ejemplo, planificación, resolución de problemas, razonamiento e impulsividad).
- Velocidad de procesamiento de información (psicomotora).
- Memoria.

- Fluidez verbal (enumerar tantas palabras como sea posible de una categoría [por ejemplo, animales o frutas] en un tiempo establecido, generalmente un minuto).
- Cognición social (a menudo denominada "teoría de la mente"; la capacidad de inferir los pensamientos, intenciones o emociones de otros basándose en la comunicación verbal y no verbal, como la expresión facial, los gestos y el lenguaje corporal).

La disfunción neurocognitiva es mayor en pacientes que tienen menos educación y son mayores, y en pacientes con síntomas depresivos más graves. Además, los deterioros cognitivos pueden interferir con el funcionamiento ocupacional y persistir después de que los pacientes hayan remitido de la depresión mayor.¹⁹

Agitación o retraso psicomotor: los episodios depresivos mayores pueden incluir alteraciones psicomotoras:

- **Agitación:** actividad motora excesiva que generalmente es improductiva, repetitiva y va acompañada de una sensación de tensión interna; los ejemplos incluyen retorcerse las manos, caminar y moverse nerviosamente.
- **Retraso:** ralentización generalizada de los movimientos corporales, el pensamiento o el habla. El volumen, la cantidad y la inflexión del habla pueden disminuir, con un aumento de la latencia en la respuesta a las preguntas.¹⁹

Las alteraciones psicomotoras son menos frecuentes que otros síntomas, pero indican que el paciente está más gravemente enfermo.¹⁷

Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva: las autopercepciones de los pacientes deprimidos pueden estar marcadas por sentimientos de insuficiencia, inferioridad, fracaso, inutilidad y culpa inapropiada. La inutilidad y la culpa pueden ocurrir en la depresión mayor unipolar y el trastorno depresivo persistente, y con frecuencia se manifiestan malinterpretando eventos neutrales o contratiempos menores como evidencia de fallas personales.¹⁷

Ideación y comportamiento suicidas: los pacientes deprimidos pueden experimentar pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, y pueden intentar suicidarse. La ideación suicida puede ser pasiva, con pensamientos de que no vale la pena vivir la vida o que otros estarían mejor si el paciente estuviera

muerto. Por el contrario, la ideación suicida activa está marcada por pensamientos de querer morir o suicidarse e indica que el paciente está gravemente enfermo. Además, puede haber planes de suicidio, actos preparatorios (p. Ej., Seleccionar un momento y lugar para suicidarse, comprar una gran cantidad de medicamentos o un arma, o escribir una nota de suicidio) e intentos de suicidio. El suicidio aumenta por la desesperanza generalizada (expectativas negativas para el futuro) y la conclusión de que el suicidio es la única opción para escapar del dolor emocional intenso e incesante.

La depresión mayor con características psicóticas puede incluir alucinaciones auditivas que le dicen (ordenan) a los pacientes que se suiciden.

Los pacientes deprimidos que intencionalmente cometen actos de autolesión, como cortarse o quemarse la piel superficialmente, pueden manifestar que su intención era aliviar el dolor y que esperaban que la lesión les causara sólo un daño leve ha moderado. Aunque los pacientes pueden negar que tenían la intención de suicidarse, este comportamiento (autolesión no suicida) indica que el paciente está muy deprimido; La autolesión no suicida se asocia con intentos de suicidio en los que los pacientes tienen la intención de suicidarse.¹⁷

La depresión puede conceptualizarse como alteraciones en:

Emociones: el estado de ánimo deprimido y la pérdida de intereses o placer ocurren en la depresión. La naturaleza del estado de ánimo "deprimido" o disfórico puede variar. Algunos pacientes comunican tristeza intensa y angustia emocional, mientras que otros informan una sensación de entumecimiento emocional ("bla") y muestran un efecto "aplanado" en el examen. El estado de ánimo se puede experimentar subjetivamente por el paciente, o pueden ser observables en el examen del estado mental. Los pacientes pueden presentar ansiedad o irritabilidad prominentes; aunque no son específicos de la depresión, estos síntomas deben reconocerse como parte de un episodio depresivo si ocurren en el contexto y el marco de tiempo de otros rasgos depresivos.²⁰

Ideación o cognición: además de los síntomas cognitivos enumerados en el Manual de diagnóstico y estadístico, quinta edición (DSM-5) (deterioro de la concentración o la memoria, inutilidad o culpa, pensamientos de muerte o suicidio), otros síntomas cognitivos en la depresión incluyen desesperanza, impotencia y pensamiento reflexivo (definido como la tendencia a insistir en un solo tema, que en la depresión tiende a ser negativo).²⁰

Funcionamiento neurovegetativo (somático): los síntomas somáticos de la depresión incluyen cambios en el sueño, el apetito o el peso, la energía, la libido

y la actividad psicomotora. Algunos síntomas, como la pérdida de energía o la libido, ocurren en una sola "dirección" (disminución). Otros síntomas, incluidos los cambios en el sueño, el apetito o el peso y el funcionamiento psicomotor, son potencialmente bidireccionales; el insomnio y la anorexia con pérdida de peso son más comunes en la depresión, pero pueden ocurrir características atípicas de hipersomnia o hiperfagia con aumento de peso.²⁰

Algunos estudios sugieren que la presentación clínica de la depresión mayor puede variar entre mujeres y hombres, y que los hombres pueden presentar síntomas que no están incluidos en los criterios de diagnóstico formales de la depresión mayor. Las mujeres deprimidas pueden tener más probabilidades de informar síntomas neurovegetativos (p. Ej., Problemas de sueño, apetito o energía) y otros síntomas físicos (p. Ej., Dolores de cabeza, mialgias o síntomas gastrointestinales), así como emocionales (p. Ej., Estrés o llorar con facilidad) y síntomas psicosociales (p. ej., dificultades interpersonales)]. Por el contrario, se plantea la hipótesis de que los hombres deprimidos presentan síntomas que son "equivalentes depresivos", como ataques de ira / agresión (p. Ej., Perder repentinamente el control y lastimar a alguien o amenazar con lastimar a alguien), trastornos por uso de sustancias y comportamientos de riesgo. (Por ejemplo, sexo casual o inseguro, o conducción imprudente). Sin embargo, no está claro que fenómenos como los trastornos por uso de sustancias representen un síntoma de depresión o se conceptualicen mejor como un trastorno separado o comórbido.²⁰

Además, los subtipos depresivos pueden variar entre hombres y mujeres, pero las diferencias parecen ser modestas. Un estudio observacional (estudio de Alternativas de Tratamiento Secuenciado para Aliviar la Depresión) de 2541 pacientes ambulatorios con depresión mayor unipolar encontró que la depresión mayor con angustia ansiosa ocurrió en más mujeres que en hombres (48 versus 41 %), al igual que la depresión mayor con características atípicas (18 versus 13 %).²⁰

CARACTERÍSTICAS CARDINALES

Heterogeneidad de la depresión: la depresión mayor unipolar es heterogénea con respecto a la edad de inicio, el perfil de los síntomas, los subtipos, la gravedad y el curso de la enfermedad. Por ejemplo, a dos pacientes se les puede diagnosticar depresión mayor (tabla 1) sin tener ni un síntoma en común.

Continuidad de la gravedad: la depresión se produce a lo largo de una secuencia que aumenta en gravedad desde los síntomas subsindrómicos hasta los síndromes de depresión menor, depresión mayor y trastorno depresivo persistente (distimia). A medida que aumenta el número de síntomas, los pacientes informan una mayor gravedad (intensidad) de la depresión, episodios depresivos más prolongados y un peor funcionamiento.

Un estudio de pacientes ambulatorios con depresión menor (n = 162) o depresión mayor (n = 969) encontró que en todos los niveles de gravedad (baja, media y alta) para cada síndrome, ciertos síntomas estaban presentes en aproximadamente el 60 % o más de los pacientes y, por lo tanto, se consideraron síntomas centrales de los síndromes depresivos:

- Estado de ánimo triste, irritable o ansioso
- Pérdida de interés o placer
- Disminución de la concentración y la toma de decisiones.
- Inutilidad y culpa inapropiada
- Desesperación
- Fatiga o pérdida de energía

Por el contrario, la incidencia de otros síntomas fue menor en pacientes con depresión menos grave y aumentó progresivamente a medida que aumentaba el nivel de gravedad de la depresión, incluidos trastornos del sueño, cambios en el apetito o el peso, quejas somáticas y agitación psicomotora. Los síntomas que ocurrieron con poca frecuencia en la depresión menor pero fueron altamente prevalentes en la depresión mayor incluyeron la ideación suicida y la desaceleración psicomotora.¹⁹

INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN PHQ 9

PHQ-9: el PHQ-9 es algo más precisa que otras instrumentos (sensibilidad 88 %; especificidad 85 % y es útil para monitorear la respuesta de un paciente al tratamiento. El PHQ-9 se puntúa de 0 a 27, con puntuaciones ≥ 10 que indican un posible trastorno depresivo. También incluye una pregunta para evaluar si los síntomas depresivos están deteriorando la función, un criterio clave para establecer un diagnóstico basado en el DSM. Al igual que en otros cuestionarios de detección, el PHQ-9 no es lo suficientemente preciso para establecer un diagnóstico definitivo de depresión. Las puntuaciones que superen el umbral de una prueba de detección positiva deben dar lugar a una evaluación de

diagnóstico cuidadosa. El PHQ-9 se puede usar para monitorear la respuesta al tratamiento. ²¹

Usando una prevalencia del 10 % para el trastorno depresivo mayor o distimia, una puntuación de 10 o más en el PHQ-9 arroja un valor predictivo positivo del 45 %. Algunas pruebas de detección de falsos positivos pueden llevar a otros diagnósticos que comparten síntomas con el trastorno depresivo mayor (TDM), como el trastorno de ansiedad, el consumo de alcohol en riesgo o la depresión subsindrómica, una afección definida por síntomas depresivos de bajo nivel que aumentan el riesgo de MDD. Una puntuación inferior a 10 en el PHQ-9 arroja un valor predictivo negativo del 99 %.²¹

ESCALA 1 TEST DE DEPRESION PHQ 9

1. DEPRESION (TEST PHQ 9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
Sensación de cansancio o poca energía.	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso, o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3

Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Total ____ =				

Fuente²² Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión [Internet]. [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027

2.1.3.2 INSOMNIO

Insomnio se define como la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes; dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.¹⁷

TIPO DE INSOMNIO

El insomnio se describe como a corto plazo, dependiendo de su duración:

- **Insomnio agudo:** También conocido “como el insomnio a corto plazo, insomnio ajustado o insomnio agudo, por lo general dura unos pocos días o semanas y se produce en respuesta a un estresante identificable”. Por definición, los síntomas están presentes durante menos de tres meses. Los factores estresantes pueden ser físicos, psicológicos, psicosociales o interpersonales (p. Ej., Pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, divorcio, discusión). Los síntomas generalmente se resuelven cuando el factor estresante se elimina, se culmina o cuando el individuo se adapta al factor que está produciendo el estresante. Ocasionalmente, los problemas para dormir persisten y conducen a insomnio crónico. Esto puede ocurrir debido al desarrollo de malos hábitos de sueño durante el período de insomnio agudo.²³

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los pacientes con insomnio generalmente se quejan de dificultad para conciliar el sueño y / o permanecer dormidos. La función diurna alterada también debe notificarse para el diagnóstico de un trastorno de insomnio. En muchos casos, también están presentes trastornos médicos o psiquiátricos comórbidos, medicamentos o sustancias, u otros trastornos del sueño. Sin embargo, la presencia de trastornos comórbidos no excluye el diagnóstico y tratamiento del insomnio.

Dificultad para comenzar o conservar el sueño: las personas con insomnio se quejan de mala calidad del sueño o cantidad insuficiente esto como consecuencia por dificultad “para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño o despertarse demasiado temprano”. Es importante destacar que el insomnio se diferencia de la privación del sueño en que ocurre a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir.

Los pacientes pueden referir un sueño variado, con una o varias noches de mal sueño seguidas de noches de buen sueño. Ocasionalmente, los pacientes pueden informar que duermen lo mínimo durante varias noches consecutivas.

La mayoría de los adultos que descansan bien se duermen entre 10 y 20 minutos después de intentar dormir y pasan menos de 30 minutos despiertos durante la noche. Por el contrario, los pacientes adultos con insomnio generalmente informan que tardan 30 minutos o más en conciliar el sueño (para aquellos con dificultades para iniciar el sueño) o que pasan 30 minutos o más despiertos durante la noche (para aquellos con dificultades para mantener el sueño). El despertar temprano en la mañana se define como la terminación del sueño al menos media hora antes de la hora deseada para despertarse.

Las personas con insomnio pueden sobrestimar la cantidad de tiempo que les lleva conciliar el sueño y subestiman su tiempo total de sueño en comparación con los datos objetivos de la polisomnografía (PSG) o la actigrafía. Aunque las medidas objetivas se usan típicamente en ensayos clínicos de terapias para el insomnio, no se usan de manera rutinaria en la atención del paciente y, en última instancia, la percepción del paciente de su problema de sueño es el factor principal para guiar la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento del insomnio. (Consulte 'Pruebas adicionales' a continuación).²³

Función diurna comprometida: El diagnóstico de trastorno de insomnio requiere que las dificultades para dormir vayan acompañadas de una función diurna comprometida relacionada con uno o más de los siguientes:

- Fatiga o malestar
- Poca atención o concentración
- Disfunción social o vocacional / educativa
- Alteración del ánimo o irritabilidad
- Somnolencia diurna
- Motivación o energía reducidas
- Aumento de errores o accidentes
- Problemas de comportamiento como hiperactividad, impulsividad o agresión. Preocupación constante por el sueño

Los pacientes con insomnio crónico a menudo han desarrollado problemas de comportamiento o de adaptación asociados con la falta de sueño crónica. A menudo les preocupa que su falta de sueño adecuado resulte en un compromiso significativo de su capacidad para funcionar durante el día tanto en entornos sociales como profesionales. Esta preocupación puede crear un ciclo que empeore el insomnio. Específicamente, cuando los pacientes no pueden conciliar el sueño rápidamente, les preocupa que la pérdida de sueño afecte su rendimiento, y esta preocupación aumenta con el tiempo que están despiertos y al mismo tiempo disminuye la probabilidad de quedarse dormidos, al tiempo que aumenta aún más el estrés.

Aunque los pacientes con insomnio crónico suelen informar fatiga intensa, en realidad quedarse dormido en momentos no deseados o no deseados durante el día (es decir, somnolencia diurna excesiva) es poco común y puede ser un signo de un trastorno del sueño alternativo o comórbido.²³

Comorbilidades comunes: el insomnio comúnmente coexiste con trastornos psiquiátricos o médicos, otros trastornos del sueño o el uso de ciertos medicamentos o sustancias. A veces, existe una clara relación temporal entre el insomnio y la afección que se sabe que interrumpe el sueño, mientras que en muchos casos es difícil discernir qué afección se presentó primero.

Históricamente, se hizo una distinción entre insomnio primario (es decir, insomnio sin comorbilidades o existente independientemente de otros trastornos) e insomnio secundario (es decir, asociado con una condición comórbida como la depresión). Sin embargo, como a menudo no es posible sacar conclusiones firmes sobre la asociación o la dirección de causalidad entre el insomnio y las condiciones concurrentes, el insomnio ya no se considera una condición secundaria, y el tratamiento exitoso requiere atención tanto al insomnio como a las comorbilidades.²³

Historia natural: el insomnio es a menudo una afección persistente o recurrente, con exacerbaciones relacionadas con factores estresantes médicos, psiquiátricos y psicosociales. En un estudio observacional de 388 adultos con insomnio, el insomnio duró al menos un año en el 74 % y al menos tres años en el 46 %. Era más probable que persistiera en mujeres, adultos mayores y personas con insomnio severo. El insomnio se resolvió en el 54 % de los adultos, pero finalmente regresó en más del 50 % en cuatro años.²³

Criterios de diagnóstico: Según tercera edición de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3), el insomnio se confirma cuando se completan los cuatro criterios siguientes:

- El paciente informa “dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño o despertarse demasiado temprano. En niños o personas con demencia, la alteración del sueño puede manifestarse como resistencia a irse a la cama en el momento adecuado o dificultad para dormir sin la ayuda de un cuidador”.
- Las dificultades para dormir ocurren a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir.
- El paciente describe un deterioro diurno atribuible a las dificultades para dormir. Esto puede incluir fatiga o malestar; deterioro de la atención, la concentración o la memoria; disfunción social, disfunción vocacional o bajo rendimiento escolar; alteración del estado de ánimo o irritabilidad; somnolencia diurna; reducción de la motivación, la energía o la iniciativa; errores o accidentes en el trabajo o durante la conducción; y preocupaciones o preocupaciones sobre el sueño.
- La dificultad para dormir-vigilar no se explica mejor por otro trastorno del sueño.

- El insomnio crónico se diferencia del insomnio a corto plazo si la alteración del sueño y la disfunción diurna asociada han existido durante tres meses o más y ocurren al menos tres noches por semana. El insomnio crónico también puede diagnosticarse en personas que informan un patrón de aparición repetida durante semanas a lo largo de varios años, aunque un episodio individual puede no durar tres meses completos. Otro insomnio se utiliza para pacientes que se quejan de dificultad para iniciar o mantener el sueño pero no cumplen con todos los criterios para el insomnio crónico o a corto plazo.²³

El grado de alteración del sueño necesario para asignar un trastorno de insomnio es algo arbitrario, ya que se basa principalmente en las quejas subjetivas del sueño de los individuos. Además, “el grado de alteración del sueño necesario para provocar alteraciones durante el día varía entre las personas y los grupos de edad. En general, el grado de alteración del sueño debe incluir una latencia del sueño de 20 minutos o más en niños y adultos jóvenes o de 30 minutos o más en adultos mayores; o períodos de vigilia de 20 minutos o más en niños o adultos jóvenes o de 30 minutos o más en adultos mayores. Las quejas de despertar temprano en la mañana se corroboran con la interrupción del sueño al menos 30 minutos antes de la hora deseada para despertarse”.²³

Índice de gravedad del insomnio como resultado medida para la investigación del insomnio: Insomnio

“Para medir el insomnio el ISI (7-item Insomnio Severity Index, rango de 0 a 28 puntos). El puntaje obtenido permite categorizar en normal (0-7), insomnio subumbral (8-14), insomnio clínico de moderada severidad (15-21) e insomnio clínico severo (22-28)”.²⁴

ESCALA 2 TEST DE INSOMNIO ISI

INSOMNIO(ISI)					
Indica la gravedad de tu actual problema de sueño:	Nada	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
1) Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4

2) Dificultad para permanecer dormido	0	1	2	3	4
3) Despertar muy temprano	0	1	2	3	4
4) ¿Cómo está satisfecho(a) en la actualidad con tu sueño					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
5) ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej: fatiga durante el día, capacidad para tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
6) ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
7) ¿Cómo estas preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

Fuente: Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001;2(4):297–307.

2.1.3.3 ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define “por una preocupación excesiva y continua que es difícil de controlar, causa angustia o deterioro significativo y ocurre en más días durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos de ansiedad, como aprensión e irritabilidad, y síntomas físicos (o somáticos) de ansiedad, como aumento de la fatiga y tensión muscular”.¹⁷

Prevalencia: el TAG constituye de los trastornos mentales más frecuentes tanto en la comunidad como en el entorno clínico. Está asociado con un mayor uso de los servicios de salud.

Los estudios epidemiológicos de muestras representativas a nivel nacional en los USA se reportó una prevalencia de por vida del TAG del 5,1 % al 11,9 %. En Europa se reportó una prevalencia de 12 meses del 1,7 al 3,4 % y una prevalencia de por vida del 4,3 al 5,9 %. Con mayor frecuencia en mujeres.²⁵

Riesgo de TAG de aparición tardía: el TAG constituye el trastorno de ansiedad más frecuente en las personas adultas mayores. El TAG de aparición tardía suele asociarse con determinados factores de riesgo demográficos, clínicos y ambientales.²⁵

Los predictores de TAG de aparición tardía incluyen:

- Sexo femenino
- Pobreza
- Acontecimientos adversos recientes de la vida
- Enfermedad física crónica (respiratoria, cardiovascular, metabólica, cognitiva)
- Trastorno mental crónico (depresión, fobia y TAG pasado)
- Pérdida o separación de los padres
- Bajo apoyo afectivo durante la niñez
- Historia de problemas mentales en los padres.

Comorbilidad - Se ha observado comorbilidad con depresión mayor u otros trastornos de ansiedad en la mayoría de los casos de TAG. En una encuesta representativa a nivel nacional de adultos estadounidenses, el 66 % de las personas con TAG actual tenían al menos un trastorno concurrente. Los trastornos individuales que coexisten en personas con TAG (tasas durante los 30 días anteriores y durante toda la vida) incluyen:

- Depresión mayor: 39 y 62 %
- Fobia social: 23 y 34 %
- Fobia específica: 25 y 35 %
- Trastorno de pánico: 23 y 24 %

El TAG también puede estar asociado con mayores tasas de abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo.

Los pacientes con depresión mayor comórbida y TAG tendían a tener un curso más grave y prolongado de la enfermedad y un mayor deterioro funcional. La presencia de episodios depresivos mayores comórbidos se asocia con un peor pronóstico en

pacientes con TAG. El estudio de seguimiento de la Encuesta Nacional de Comorbilidad encontró que los pacientes con TAG comórbido y depresión mayor eran significativamente más propensos a cumplir los criterios para TAG 10 años después.

El TAG es común entre pacientes con dolor crónico "médicamente inexplicable" y con enfermedades físicas crónicas.²⁵

PATOGENESIS

Genética: los factores genéticos parecen predisponer a las personas al desarrollo de TAG, aunque los datos de los estudios de gemelos no han sido consistentes. El TAG comparte una heredabilidad común con la depresión mayor] y con el rasgo de personalidad del "neuroticismo". Se ha descubierto que el genotipo SS de la región polimórfica ligada al gen transportador de serotonina (corto / corto) es más frecuente en pacientes con TAG. Las variaciones en dos subtipos del gen de la descarboxilasa del ácido glutámico pueden aumentar la susceptibilidad individual a los trastornos de ansiedad, incluido el TAG. Los estudios genético-ambientales han puesto de relieve la importancia del trauma del desarrollo temprano y los acontecimientos vitales estresantes recientes y su interacción con marcadores genéticos en el desarrollo de TAG, ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad .²⁵

Alteraciones de neurotransmisores y otros biomarcadores: las investigaciones de alteraciones potenciales en los principales neurotransmisores norepinefrina, 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina) y ácido gamma aminobutírico en GAD han tendido a ser pequeñas, inconsistentes o no repetidas.²⁵

Ejemplos incluyen:

- Los estudios han sugerido que los niveles de los metabolitos de la noradrenalina 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol y ácido vanililmandélico están aumentados en pacientes con TAG.
- Se ha descubierto que la respuesta de la hormona del crecimiento a la exposición a clonidina está atenuada, lo que sugiere una disminución de la sensibilidad del receptor adrenérgico alfa-2 postsináptico .
- En un estudio, se demostró que los niveles elevados en orina del metabolito de la serotonina ácido 5-hidroxiindolacético se asocian con mayores síntomas de ansiedad somática, pero no con síntomas de ansiedad psíquica.
- Los sitios de unión de las benzodiazepinas en las plaquetas y los linfocitos tienen una densidad reducida en pacientes con TAG, pero su densidad aumenta después de la administración de diazepam.

- Los niveles de proteína C reactiva están elevados en pacientes con TAG, y los niveles de citocinas proinflamatorias también pueden estar elevados, pero no está claro si los trastornos inflamatorios juegan un papel causal.
- Cambios en el metabolismo cerebral: los cambios en el metabolismo de la glucosa en la corteza, el sistema límbico y los ganglios basales sugieren su papel en el desarrollo de la ansiedad. Como ejemplos:

Un estudio de tomografía por emisión de positrones en pacientes con TAG demostró un aumento relativo en el metabolismo de la glucosa en partes del occipital, lóbulo temporal posterior derecho, circunvolución inferior, cerebelo y circunvolución frontal derecha, y una disminución absoluta de los ganglios basales. La administración de benzodiazepinas se asoció con una disminución de las tasas metabólicas absolutas de la superficie cortical, el sistema límbico y los ganglios basales, pero no se asoció con la normalización de los patrones de metabolismo de la glucosa.

Un estudio de imágenes de resonancia magnética funcional encontró un aumento de la actividad anticipatoria posterior a la señal bilateralmente en la amígdala dorsal, después de las señales que indicaban imágenes neutrales y aversivas próximas, lo que proporciona evidencia de una respuesta emocional anticipatoria mejorada general en el TAG.²⁵

Factores cognitivos, psicológicos y de desarrollo.

Procesamiento de la información emocional: las investigaciones sobre el procesamiento de la información emocional sugieren que el TAG puede estar asociado con sesgos específicos de información congruente con el estado de ánimo. Se ha descubierto que los pacientes con TAG asignan amplios recursos de atención a los estímulos amenazadores, detectan "amenazas" rápida y eficazmente y malinterpretan la información ambigua como amenazante, en particular cuando el material de amenaza visual está en formato verbal-lingüístico. Estos sesgos disminuyeron con un tratamiento exitoso con terapia cognitivo-conductual o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.²⁵

Factores de desarrollo y de personalidad: el TAG en la vida adulta se asocia con un número superior al promedio de experiencias traumáticas y otros sucesos vitales indeseables en la infancia, en comparación con los individuos sin TAG. Es más probable que el TAG ocurra en personas con "inhibición del comportamiento", que es la tendencia a ser tímido y tímido en situaciones nuevas]. El rasgo de personalidad del "neuroticismo" (o afectividad negativa) se asocia con TAG comórbido y depresión mayor.²⁵

Orígenes cognitivos de la preocupación excesiva: se han propuesto muchas explicaciones sobre el origen y la persistencia de la preocupación excesiva y generalizada que caracteriza al TAG. Como ejemplos, las personas afectadas pueden:²⁵

- Escanee constantemente el entorno en busca de señales de amenaza
- Desarrollar la preocupación en un intento por resolver problemas
- Utilice la preocupación para evitar la respuesta de miedo
- Tiene intolerancia a la incertidumbre o la ambigüedad
- Preocupación por la incontrolabilidad y las presuntas consecuencias peligrosas de preocuparse.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aunque la preocupación excesiva y persistente se considera ampliamente como la característica patognomónica del TAG, la mayoría de los pacientes presentan otros síntomas relacionados con hiperactividad, hiperactividad autónoma y tensión muscular. Muchos pacientes se quejan de falta de sueño, fatiga y dificultad para relajarse. Con frecuencia se informan dolores de cabeza y dolor en el cuello, los hombros y la espalda. Es común que los pacientes con estos síntomas se presenten a los profesionales de la salud en repetidas ocasiones, con preocupaciones urgentes pero de larga data que resultan ser médicamente inexplicables.

La naturaleza de la preocupación excesiva y persistente no se ha investigado en profundidad. Los individuos con TAG han informado de un mayor número de preocupaciones, pero se encontró que comparten las mismas preocupaciones sobre la salud, las relaciones familiares e interpersonales, el trabajo y las finanzas que los controles no ansiosos. Los individuos con TAG se han distinguido de los controles y de los pacientes con otros trastornos de ansiedad por tener una mayor preocupación por asuntos menores. Los pacientes con TAG suelen responder positivamente a la pregunta “¿Se preocupa demasiado por asuntos menores?”, Mientras que una respuesta negativa debería descartar el diagnóstico de TA.²⁵

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de TAG se basa en la presencia de ansiedad generalizada, persistente y excesiva y una combinación de diversas quejas psicológicas y somáticas.

Los criterios de diagnóstico: Diagnóstico y Estadístico de Psiquiatría de la Asociación Americana Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5) criterios de diagnóstico para el TAG requieren la presencia de:¹⁷

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el desempeño laboral o escolar).
- B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):

Nota: Solo se requiere un artículo en los niños.

- 1. Inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo
 - 2. Se fatiga con facilidad
 - 3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo)".

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. Ej., Ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, defectos de apariencia percibidos en el trastorno

dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o trastorno delirante). Debido a que la mayoría de los síntomas de ansiedad no son específicos del TAG, es importante excluir los otros trastornos de ansiedad antes de hacer el diagnóstico.”

(La característica esencial de los criterios de diagnóstico para el TAG en la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud es la ansiedad “flotante”, con tensión, preocupación y sentimientos de aprensión prominentes sobre los eventos y problemas cotidianos. Además, el diagnóstico requiere la presencia de al menos cuatro características más de una lista de 22 síntomas relacionados con la excitación autónoma, la tensión, el estado mental, las molestias torácicas / abdominales y las alteraciones del sueño. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los días durante los seis meses anteriores.²⁵

DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD Se utiliza la escala GAD7 Para medir esta variable se aplicó el GAD-7 (7- item Generalized Anxiety Disorder, rango de 0 a 21 puntos) Permite establecer cuatro categorías de acuerdo al puntaje obtenido: normal (0-4), leve (5-9), moderado (10- 14) y severo (15-21).²⁶

ESCALA 3 TEST DE ANSIEDAD GAD 7

ANSIEDAD GAD 7				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

Fuente: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7 [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://jamanetwork.com/>

COVID 19

Los coronavirus son importantes patógenos humanos y animales. A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei. Se propagó rápidamente, lo que provocó una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en otros países del mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019. El virus que causa COVID-19 se denomina síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2); anteriormente, se lo conocía como 2019-nCoV.²⁷

Epidemiología

El número de personas con covid 19 ha aumentado exponencialmente desde noviembre del 2019 hasta la actualidad la cual es de 155 millones de personas contagiadas con 3.19 millones de muertes en todo el mundo.⁸

En el Perú el número contagiados asciende hasta la fecha a 1.81 millones y mortalidad de 62.126, en la ciudad de Cusco el número de contagiados 55.363 con 1210 muertos. Con un aumento de casos diarios de 416 la tasa de letalidad es de 4,24% y tasa de mortalidad de 13.59x10000 hab.⁸

2.2 Definición de términos básico

SALUD MENTAL: La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad». ¹La salud mental individual está influida por múltiples componentes psicológicos, sociales y biológicos. Las tensiones socioeconómicas persistentes determinan un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades.²

DEPRESIÓN: La persona con depresión presenta tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteración del sueño o apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes.³

INSOMNIO: Es la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: Dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.¹⁷

ANSIEDAD: La ansiedad es el sentimiento normal de temor que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a situaciones amenazantes o difíciles. Nos puede ayudar a evitar situaciones peligrosas, alertándonos y motivándonos para hacer frente a los problemas. Pero si estos sentimientos de ansiedad son demasiado fuertes, nos pueden llegar a impedir hacer las cosas que queremos.⁴

PROFESION: Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

LA JORNADA LABORAL: está constituida por el número de horas obligatorias que el trabajador tiene que cubrir en un plazo determinado.

ÁREA DE TRABAJO: Se define como el lugar donde está realizando sus actividades para la cual fue preparado y asignado.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

La salud mental está deteriorada en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.

2.3.2 Hipótesis específicos

- 1) Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 2) Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 3) Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de la depresión en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 4) Existe una elevada prevalencia de otros trastornos de salud mental (diferentes a depresión, ansiedad e insomnio) diagnosticados en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.

- 5) Existe asociación de factor demográfico (género, edad y Estado civil) a la salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 6) Existe asociación de factores laborales (profesión, lugar de trabajo, jornada laboral) a la salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.

1) 2.4 Variables

3.2.1. Variables implicadas

Variables independientes

Factores laborales

- Profesión.
- Área de trabajo.
- Jornada laboral.

Variable dependiente Salud mental

- Ansiedad
- Depresión.
- Insomnio.
- Trastorno de salud mental.

3.2.2. Variables no implicadas

Factores demográficos

- Género.
- Edad.
- Estado civil.

2.5 Definición Operacional.

Variables implicadas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Insomnio	Insomnio se define como la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño. ¹⁷	Cualitativa.	Indirecta	El test ISI rango de 0 a 28 puntos: <ul style="list-style-type: none"> • normal (0-7), • insomnio subumbral (8-14), • insomnio clínico de moderada severidad (15-21) e • insomnio clínico severo (22-28)” 	Nominal	Ficha de encuesta.	<p>1) Dificultad para quedarse dormido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Leve (1) • Moderado (2) • Severo (3) • Muy severo (4) <p>2) Dificultad para permanecer dormido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Leve (1) • Moderado (2) • Severo (3) • Muy severo (4) <p>3) Despertar muy temprano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Leve (1) • Moderado (2) • Severo (3) • Muy severo (4) <p>4) ¿Cómo está satisfecho(a) en la actualidad con tu sueño?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho (0) • Moderadamente (1) (2) (3) • satisfecho Muy insatisfecho (4) 	6	La variable Insomnio se expresa. normal (0-7), insomnio subumbral (8-14), insomnio clínico de moderada (15-21) e insomnio clínico severo (22-28)”

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
							<p>5) ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Un poco (1) • Algo (2) • Mucho (3) • Muchísimo (4) <p>6) ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Un poco (1) • Algo (2) • Mucho (3) • Muchísimo (4) <p>7) ¿Cómo estas preocupado/a por tu actual problema de sueño?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada (0) • Un poco (1) • Algo (2) • Mucho (3) • Muchísimo (4) 		

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Ansiedad	El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define “por una preocupación excesiva y continua que es difícil de controlar, causa angustia o deterioro significativo y ocurre en más días durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos de ansiedad, como aprensión e irritabilidad, y síntomas físicos (o somáticos) de ansiedad, como aumento de la fatiga y tensión muscular”. ¹⁷	Cualitativo.	Indirecto	Se utiliza la escala GAD7 (7- ítem rango de 0 a 21 puntos) : <ul style="list-style-type: none"> • normal:(0-4) • leve (5-9), • moderado (10- 14) y • Severo (15-21). 	Ordinal	Ficha de encuesta	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ningún día (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los día(2) • Casi todos los días (3) <p>1) Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta:</p> <p style="text-align: center;">(0) (1) (2) (3)</p> <p>2) No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación:</p> <p style="text-align: center;">(0) (1) (2) (3)</p> <p>3) Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes:</p> <p style="text-align: center;">(0) (1) (2) (3)</p>	7	La variable ansiedad se expresa en cuatro categorías de acuerdo al puntaje obtenido: normal:(0-4), leve (5-9), moderado (10- 14) y Severo (15-21).

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. ¹⁹	cualitativa	Indirecta	<p>Puntuación depresión :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 a 9: depresión leve • 10 a 14: depresión moderado • 15 a 19: depresión moderadamente grave • ≥20: depresión grave 	Ordinal	Ficha de encuesta.	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) <p>1) Poco interés o placer en hacer cosas: (0) (1) (2) (3)</p> <p>2) Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza: (0) (1) (2) (3)</p> <p>3) Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado: (0) (1) (2) (3)</p> <p>4) Sensación de cansancio o poca energía : (0) (1) (2) (3)</p> <p>5) Falta de apetito o comer en exceso : (0) (1) (2) (3)</p> <p>6) Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso, o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia: (0) (1) (2) (3)</p>	8	La variable depresión se expresara con puntaje de 5 a 9: depresión leve; de 10 a 14: depresión moderado; de 15 a 19: depresión moderadamente severa y ≥20: depresión grave.

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
							7) Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión:(0) (1) (2) (3) 8) ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual : (0) (1) (2) (3) 9) Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera :(0) (1) (2) (3)		
VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Trastorno de salud mental.	Se define como la patología psiquiátrica que presenta la persona la cual esta diagnosticada.	cualitativa	indirecta	No () Si () indique cual:	Nominal	Ficha de encuesta.	Indique usted si sufre algún trastorno de salud mental : No () Si () Indique cual:.....	9	La variable trastorno de salud mental se expresa como SI tiene alguna trastorno de salud mental y No si no presenta algún trastorno de salud mental.

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Genero	“Termino que indica la condición orgánica, masculina o femenina”.	Cualitativa	Indirecta	Sexo biológico	Nominal	Encuesta	Genero: Masculino (...) Femenino (...)	1	“La variable genero será expresada como masculino o femenino de acuerdo a la encuesta.”

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	“Termino que indica el tiempo que ha vivido una persona”. ²⁸	Cuantitativa	Indirecta	Años cumplidos	Razón	Encuesta	Edad: ___ años <ul style="list-style-type: none"> • 18 -29 años () • 30-59 años () • > 60 años () 	2	“Edad se expresara en años vividos por la persona de acuerdo a la encuesta.”
Estado civil	“El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes”. ²⁹	Cualitativa	indirecta	Soltero, casado, divorciado, viudo, conviviente.	Nominal	Encuesta	Estado civil : <ul style="list-style-type: none"> • Soltero () • Casado () • Divorciado () • Viudo () • Conviviente() 	3	La variable estado civil se define unión que tienen dos personas soltero, casado, divorciado, viudo y conviviente.

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Profesión	“Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.”	Cualitativa	Indirecta	profesión	Nominal	Encuesta	Profesión: <ul style="list-style-type: none"> • Médico () • Enfermero () • Técnico en enfermería() • Laboratorista () • Farmacéutico. () • Obstetra. () 	4	La variable profesión se expresara como la actividad a la cual se dedica y para la cual estudio.
Área de trabajo	Se define como el lugar donde está realizando sus actividades para la cual fue preparado y asignado.	cualitativa	indirecta	Áreas de trabajo diferencial covid 19 y áreas de trabajo no covid 19	Nominal	Encuesta	Lugar de trabajo : <ul style="list-style-type: none"> • Áreas de diferencial COVID 19 () • Áreas de atención no COVID 19 () 	5	La variable lugar de atención se define como el lugar donde realiza sus actividades para las cuales fue preparado áreas de atención covid 19 y en áreas de atención no covid -19.

VARIABLES.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Jornada laboral	“La jornada laboral está constituida por el número de horas obligatorias que el trabajador tiene que cubrir en un plazo determinado”.	Cualitativa	indirecta	Número de entidades e las que labora y número de horas	Nominal	Encuesta	<p>¿Ud. labora más de 150 horas mensuales en otra entidad (hospital, clínica, etc.)Cumpliendo las funciones que para la cual fue preparado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si () • No () 	6	La variable jornada laboral se expresa como SI: si trabaja más de 150 horas en otra institución; y NO: si no labora más de 150 horas o no trabaja en otra institución.

CAPÍTULO III

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio transversal debido a que este estudio permite identificar factores que se asocian a un evento, en este caso los factores asociados a deterioro de la salud mental en trabajadores de salud. Fue analítico porque buscara determinar una posible asociación entre las “variables independientes y la variable dependiente”. Es transversal porque solo se realiza la medida en un momento puntual solo permite hallar una relación de asociación mas no de causalidad.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de estudio corresponde a un estudio observacional, ya que el responsable no interviene en la investigación y éste se limita sólo a medir las variables que define en el estudio.

3.3 Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población lo constituyen 646 trabajadores de salud entre médicos, enfermeras, obstetras, químicos farmacéuticos, laboratoristas y técnicos en enfermería los cuales laboran actualmente en los servicios de atención hospitalaria ya sea en áreas de atención covid19 y áreas diferencial no covid 19 según padrón de trabajadores del Hospital Antonio Lorena Cusco 2021.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Trabajadores de salud que laboran actualmente en áreas de atención hospitalaria área de atención no covid 19 y área diferencial covid 19.
2. Personal de salud que labore presencialmente en el hospital.

Criterios de exclusión:

1. Personal del Hospital Antonio Lorena que trabaje en áreas administrativas.
2. Personal de salud que tenga trabajo remoto y mixto (remoto y presencial).
3. Personal que haya tenido algún trastorno mental diagnosticado antes del inicio de la pandemia diagnosticado.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1 Tamaño de muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se manejó el programa Epi Info™ versión 7.2.2.2, Urzua y cols (Antofagasta – Chile) en su estudio “Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile”, publicado el 2020. En este estudio se observó que la presencia de ansiedad tubo $OR = 4$, $IC\ 95\%(4,0-14,0)$; $p=0.035$ está asociada con atención de pacientes con la enfermedad de covid 19¹¹

Tabla 1 Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile”).

	Con Insomnio	Sin insomnio	
Atención en área covid	19	2	21
No atención en área covid	62	42	104
	81	44	125

$OR=4$, $IC\ 95\%(1,195-3,102)$; $p=0.035$

Una vez obtenido estos datos en el programa Epi Info™ versión 7.2.2.6 se introdujo la información siguiente:

- Nivel de confianza: 95%
- Poder: 80%
- Relación de no expuestos- expuestos: $21/104=0.20$
- Porcentaje de no expuestos: $62/125 \times 100 = 49.6\%$
- Odds ratio =4

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed)

Two-sided confidence level:

Power: %

Ratio (Unexposed : Exposed):

% outcome in unexposed group: %

Risk ratio:

Odds ratio:

% outcome in exposed group: %

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	97	99	117
Unexposed	20	20	24
Total	117	119	141

De acuerdo al cálculo del tamaño de muestra realizado en el programa Epi Info™ versión 7.2.2.6., se contó con 117 expuestos y 24 no expuestos para realizar el estudio.

Tamaño de muestra = 141

3.3.3.2 Método de muestreo

Método de muestreo

El método de muestreo es aleatorio se seleccionaron en función si cumplen o no con los criterios de selección, es decir si cumplieron o no con los criterios de inclusión y exclusión tanto para lo que presentan resultado positivo para deterioro de la salud mental (ansiedad, depresión o insomnio) y para los que no tengan deterioro de la salud mental.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica

Para la presente investigación, se realizó una encuesta, la cual será rellena con visto de acuerdo a su criterio es de forma confidencial y anónima, se empleara un tiempo un tiempo aproximado de 10 minutos por ficha.

Instrumento

Partes constitutivas del instrumento

“La encuesta consta de 8 ítems que se llenara en un tiempo aproximado de 10 minutos. La encuesta se divide en 3 partes la primera hace referencia a aspectos demográficos; la segunda contiene factores laborales, la tercera contiene test de ansiedad depresión e insomnio.”

Resumen del instrumento.

Se utilizará una encuesta la cual consta de 8 ítems. En la primera parte se encuentra factores demográficos, la segunda parte consta de factores laborales y la tercera parte consta de 3 test para evaluar trastornos de ansiedad, depresión e insomnio cada uno cuenta con sistema de puntuación.

Procedimientos.

- Primero, se solicitará la aprobación del tema de investigación al INIME de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNSAAC, donde se presentará el proyecto de tesis.
- Se solicitó la designación del asesor de tesis y de los 2 jurados A.
- Se pidió la revisión y aprobación por el Comité Institucional de ética de investigación de cada uno de los hospitales.
- Solicito permiso de los hospitales para realizar la investigación.
- La recolección de datos se realiza durante una semana del 26 al 2 de mayo.
- Obtenidos los permisos se acudirá a los hospitales semanalmente, en el horario que se acuerde con el personal.
- El llenado de cada ficha será en un tiempo promedio de 10 minutos.
- Luego del llenado de las fichas, las encuestas fueron colocadas en un sobre, que sólo el investigador tendrá acceso.
- Posteriormente, las encuestas fueron digitadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2016. Se realizará una doble digitación para evitar errores. Se procederá al análisis estadístico.
- Se redactó el informe final de la tesis para el jurado A (al 100%).
- Se presentó el informe final ante el jurado B.

3.5 Plan de análisis de datos

La información obtenida fueron pasados a una base de datos usando el programa Excel 2016 y SPSS 25. Luego se realizó el procesado de los datos con estos mismos obteniendo gráficos y cuadros en función a los objetivos.

Para el análisis univariado de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para la cuantitativa medida de tendencia central y dispersión.

Para analizar la relación de salud mental con las diferentes variables se realizó como se describe a continuación. Se usó el valor P, considerándose un valor $p < 0.05$. Para las variables cualitativas dicotómicas se calculó RMP (razón de momios de prevalencia) con intervalos de confianza al 95%

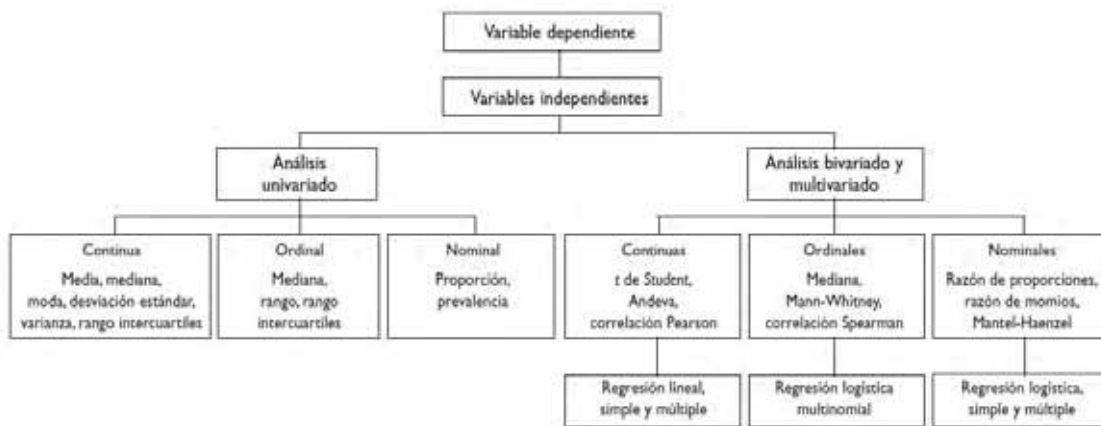


FIGURA I. ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR TIPO DE VARIABLE

	Con deterioro de la salud mental	Sin deterioro de la salud mental	
Con exposición	A	b	a+b
Sin exposición	C	D	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

- $a+c$ = número de enfermos en la población
- $a+c/a+b+c+d$ = proporción de enfermedad en la población
- $a/a+b$ = proporción de enfermedad en los expuestos
- $c/c+d$ = proporción de enfermedad en los no expuestos
- $(a/a+b) / (c/c+d)$ = razón de prevalencias de enfermedad.

RAZON DE MOMIOS=0.00, IC 95% [0.00-0.00], p=0.000

- Para evaluar la asociación se utilizó la Razón de Momios u Odds Ratio por ser una enfermedad de larga duración y ser un estudio transversal, la evalua probabilidad de que una persona con la enfermedad haya estado expuesta al factor de estudio, cuya fórmula es la siguiente:

$$RM = (a/b)/(c/d) = ad/bc$$

- Cuando el RM es $>$ de 1,," este valor nos indica que el factor estudiado es factor asociado, por ello es necesario hallar el valor de significancia para demostrar

que el azar no es responsable de mencionado resultado. Para que los resultados de asociación encontrados sean válidos, se requiere que estos resultados sean estadísticamente significativos”.

- La significancia estadística la valoramos con el valor “p” (calculado a partir del cálculo del Chi Cuadrado) y los Intervalos de Confianza al 95%. “Para que el valor de “p” nos muestre significancia estadística, el valor de “p” debe ser menor a 0.05; en tanto que para que los resultados de los Intervalos de Confianza nos muestren significancia, el valor mínimo del intervalo debe ser mayor a 1”.
- Luego de haberse calculado el RM para si existe o no asociación entre las variables en estudio y análisis, la que se acompaña del cálculo de los valores de “p” y los intervalos de confianza al 95%; debajo de la tabla de contingencia elaborada se mostraran los resultados de esta manera: OR= 0,000, $p < 0.05$, IC 95% (0.00-0.00)”

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para el presente estudio se recabó la información de personal de salud que labora actualmente en el hospital Antonio Lorena de manera presencial. En total se identificaron 606 trabajadores de salud de los cuales se realizó un muestreo de 141 personas.

Análisis univariado

4.1 Variable independiente

Tabla 1 Características demográficas (genero, edad y estado civil) de trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Genero	MASCULINO	42	29,2%	29,8
	FEMENINO	99	68,8%	70,2
Edad	18 a 29	35	24,3%	24,8
	30 a 59	99	68,8%	70,2
	mayor de 60	7	4,9%	5,0
Estado civil	SOLTERO	26	18,1%	18,4
	CASADO	60	41,7%	42,6
	DIVORCIADO	15	10,4%	10,6
	VIUDO	11	7,6%	7,8
	CONVIVIENTE	29	20,1%	20,6
	Total		141	97,9%

Fuente: Elaboración propia tomada de la recolección de datos procesada en software SPSS versión 25.

La variable "Genero" corresponde a una variable cualitativa nominal, como se puede evidenciar en el grafico el porcentaje de encuestados es mayor en mujeres 68 %

respecto a varones que solo son 29.2 %; La variable “edad” como se puede evidenciar en el grafico el mayor porcentaje de personal entrevistado corresponde al rango de edades de 30 y 59 en 68.8% seguido de menores de 30 años en 24.3%.

La variable “estado civil” como se puede evidenciar en el grafica corresponde un mayor porcentaje a los casados en 60% seguido por conviviente de 29% y menor porcentaje a los trabajadores viudos en 7.6%.

Tabla 2 Características laborales (profesión, lugar de trabajo y jornada laboral) de trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Profesión	MEDICO	32	22,2%	22,7
	ENFERMERO	58	40,3%	41,1
	TECNICO EN LABORATORIO	18	12,5%	12,8
	LABORATORISTA	14	9,7%	9,9
	FARMACEUTICO	14	9,7%	9,9
	OBSTETRA	5	3,5%	3,5
Área de trabajo	AREA DIFERENCIAL COVID 19	30	20,8%	21,3
	AREA DE ATENCION NO COVID 19	111	77,1%	78,7
Jornada laboral	SI TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	57	39,6%	40,4
	NO TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	84	58,3%	59,6
Total		141	100,0%	

Fuente: elaboración propia tomada de la recolección de datos procesada en software SPSS versión 25.

La variable “profesión” constituye una variable cualitativa nominal, el mayor porcentaje de trabajadores entrevistados corresponde a enfermeras(os) en un 58 % respecto al menor los cuales son obstetras. La variable “área de trabajo” corresponde a una variable cualitativa nominal y como se puede observar en el grafico el mayor porcentaje corresponde área de atención no covid en un 77.1% y al área diferencial covid en 20.8% ;La variable “jornada laboral” corresponde a una variable cualitativa nominal, como se

puede observar en el grafico el 58.3% corresponde al personal que trabaja no trabaja más de 150 horas en otra entidad y 39.6 al personal que si trabaja más de 150 horas en otra entidad.

Tabla 3 prevalencia de y grado de severidad de insomnio en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Grado de severidad de insomnio.	SIN INSOMNIO	78	55,3%	55,3
	INSOMNIO LEVE	39	27,6%	27,6
	INSOMNIO MODERADO	19	13,4%	13,4
	INSOMNIO SEVERO	5	3,7%	3,7
	Total	141	97,9%	100,0

Fuente: elaboración propia tomada de la recolección de datos procesada en software SPSS versión 25

La variable “insomnio” es un variable cualitativa ordinal, se puede observar en la siguiente grafica que la prevalencia insomnio es de 47.9 %. Y dentro de la gravedad que se describe la más frecuente corresponde a insomnio leve en 26.4 %.

Tabla 4 prevalencia de y grado de severidad de ansiedad en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Grado de severidad de ansiedad	SIN ANSIEDAD	80	56,7%	56,7
	ANSIEDAD LEVE	38	26,9%	26,9
	ANSIEDAD MODERADA	15	10,6%	10,6
	ANSIEDAD SEVERA	8	5,8%	5,8
	Total	141	100,0%	100,0

Fuente: elaboración propia tomada de la recolección de datos procesada en software SPSS versión 25.

La “variable ansiedad” corresponde a una variable cualitativa ordinal, se puede observar en la siguiente grafica que la prevalencia de ansiedad fue 43.1%, el grado de severidad más frecuente fue ansiedad leve en 26.4% con respecto a la ansiedad severa en 4.9 %.

Tabla 5 prevalencia y grado de severidad de depresión en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

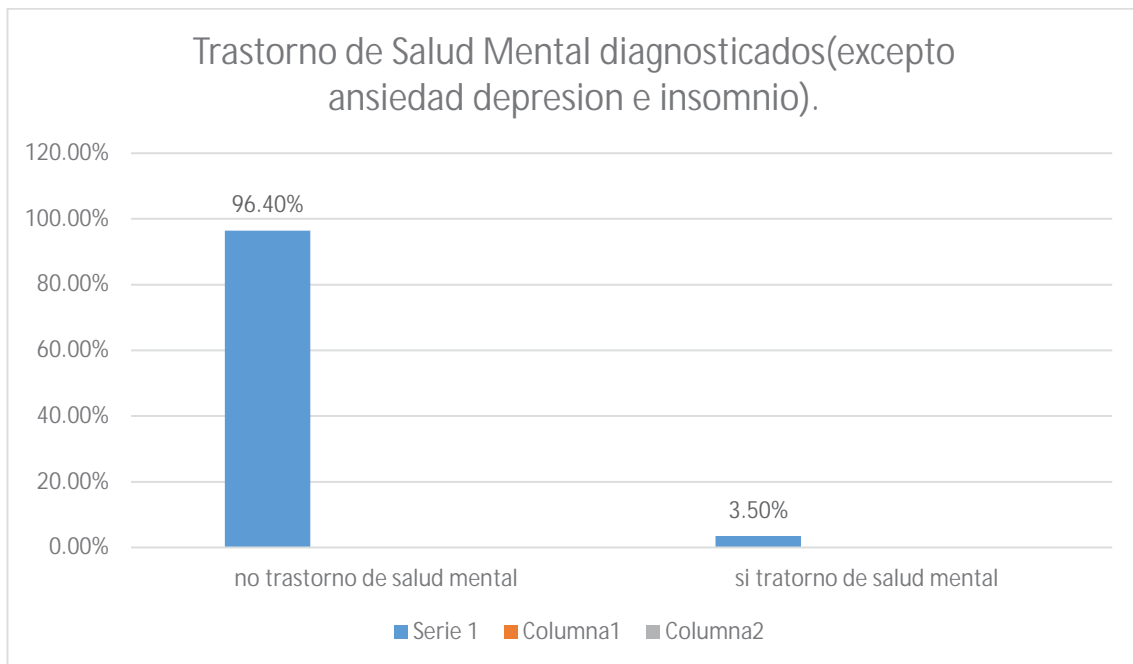
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Grado de severidad de depresión	SIN DEPRESION	93	63,9%	65,2
	DEPRESION LEVE	33	23,6%	24,1
	DEPRESION MODERADA	8	5,6%	5,7
	DEPRESION MODERAMENTE SEVERA	2	1,4%	1,4
	DEPRESION SEVERA	5	3,5%	3,5
Total		141	100,0	

Fuente: elaboración propia tomada de la recolección de datos procesada en software SPSS versión 25.

La “variable depresión” corresponde a una variable cualitativa ordinal, se puede observar en la siguiente grafica que la prevalencia de depresión fue 33.5%.el grado de ansiedad más frecuente es el leve en 24.1%

Tabla 6 prevalencia otros trastorno de salud mental diagnosticado en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Trastorno de salud mental.(diferente a depresión ansiedad o insomnio)	No	136	96.4%	65,2
	Si	5	3.5%	24,1
	Trastorno alimentario	2		
	Trastorno de pánico	2		
	Bipolaridad	1		
Total		141	100,0	



La variable “trastornos de salud mental” corresponde a una variable cualitativa nominal en el cual se puede observar en la siguiente grafica que la prevalencia de no presentar algún trastorno de salud mental fue de 96.4 % y si presenta fue de 3.5% dentro del cual está el trastorno alimentario más frecuente en 1.4% al igual que bipolaridad.

4.2. Análisis bivariado simple

Tabla 7 Análisis bivariado factores demográficos e insomnio en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLES		Con insomnio	Sin insomnio	Estadísticos de análisis
GENERO DEL PROFESIONAL DE SALUD	FEMENINO	48	51	OR=1.69, IC[0.280-1.242], p=0.163
	MASCULINO	15	27	
EDAD	18 a 29	19	16	P=0.04 OR=1.54, IC [1.762-3.205]
	30 a 59	54	45	
	mayor de 60	3	4	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	11	15	p=0.626
	CASADO	34	26	
	DIVORCIADO	7	8	
	VIUDO	5	6	
	CONVIVIENTE	19	10	

La variable edad (rango de edades de 30 a 59 años) tiene asociación estadísticamente significativa con insomnio Chi Cuadrado P=0.04 OR=1.54, IC [1.7626-3.205] en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

Tabla 8 Análisis bivariado factores laborales e insomnio en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLES		Con insomnio	Sin insomnio	Estadísticos de análisis
PROFESION	PERSONAL MEDICO	16	16	OR=1.319, IC[0.599-2.906], p=0.491
	PERSONAL NO MEDICO	47	62	
AREA DE TRABAJO	AREA DIFERENCIAL COVID 19	15	12	OR=0.960, IC [0.738 - 4.002],p=0.206
	AREA DE ATENCION NO COVID 19	48	66	
JORNADA LABORAL	SI TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	28	29	OR=1.356, IC [0.687-2.659] , p=0.382
	NO TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	35	49	

No existe asociación estadísticamente significativa entre factores demográficos y presencia de insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

Tabla 9 Análisis bivariado factores laborales y ansiedad en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLES		Con ansiedad	Sin ansiedad	Estadísticos de Análisis
GENERO DEL PROFESIONAL DE SALUD	MASCULINO	14	28	OR=0.553 IC [0.260-1.175], p=1.121
	FEMENINO	47	52	
EDAD	18 a 29 años	16	19	Chi cuadrado P=0,262
	30 a 59 años	40	59	
	mayor de 60 años	5	2	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	10	16	OR=2.04, IC [2.04-5.14] p=0,03
	CASADO	30	30	
	DIVORCIADO	3	12	
	VIUDO	8	3	
	CONVIVIENTE	10	19	
	NO TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	39	45	

La variable estado civil casado tiene asociación estadísticamente significativa con insomnio OR=2.04, IC [2.04-5.14] p=0,03 en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

Tabla 10 Análisis bivariado factores laborales y ansiedad en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLES		Con ansiedad	Sin ansiedad	Estadísticos de Análisis
PROFESION	PERSONAL MEDICO	12	20	OR=0.735, IC(0.327-1.650), p=0.454
	PERSONAL NO MEDICO	49	60	
AREA DE TRABAJO	AREA DIFERENCIAL COVID 19	22	8	OR=5.077, IC(2.068-12.464), p=0.004
	AREA DE ATENCION NO COVID 19	29	72	
JORNADA LABORAL	SI TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	22	35	OR=0.725, IC(0.366-1.438), p=0.357

La variable área de trabajo diferencial covid tiene asociación estadísticamente significativa con ansiedad OR=5.077, IC (2.068-12.464), p=0.004 en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

Tabla 11 Análisis bivariado factores demograficos y depresión en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLE		Con depresión	Sin depresión	Estadísticos de análisis
GENERO DEL PROFESIONAL DE SALUD	MASCULINO	19	23	OR=1.994, IC(1.946-4.205), p=0.048
	FEMENINO	29	70	
EDAD	18 a 29	8	27	p=0.146
	30 a 59	36	63	
	mayor de 60	4	3	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	13	13	p=0.161
	CASADO	16	44	
	DIVORCIADO	3	12	
	VIUDO	5	6	
	CONVIVIENTE	11	18	

La variable género femenino tiene asociación estadísticamente significativa con depresión OR=1.994, IC (1.946-4.205), p=0.048 en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

Tabla 12 Análisis bivariado factores laborales y depresión en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19, Cusco 2021.

VARIABLE		Con depresión	Sin depresión	Estadísticos de análisis
PROFESION	PERSONAL MEDICO	7	25	Chi cuadrado OR=0.464, IC(0.184-1.169), P=0.099
	PERSONAL NO MEDICO	41	68	
AREA DE TRABAJO	AREA DIFERENCIAL COVID 19	16	14	Chi cuadrado OR=2.821, IC(1.235-6.448), P=0.012
	AREA DE ATENCION NO COVID 19	32	79	
JORNADA LABORAL	SI TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	23	34	Chi cuadrado OR=1.596, IC(0.788-3.235), P=0.193
	NO TRABAJA MAS DE 150 HORAS EN OTRA ENTIDAD	25	59	

La variable área de trabajo diferencial covid tiene asociación estadísticamente significativa con depresión Chi cuadrado OR=2.821, IC (1.235-6.448), P=0.012 en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

El estudio se enfoca en determinar el estado de salud mental en trabajadores del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19. Se realizó un total de 156 encuestas en el personal de salud, de las cuales, fueron excluidas 15 trabajadores por tener algún trastorno diagnosticado (ansiedad, depresión e insomnio) antes del inicio de la pandemia, quedando un total de 141 personas para el análisis estadístico.

5.1.1 INSOMNIO

En nuestro estudio se obtuvo que la prevalencia de insomnio es de 44.6% de los cuales el grado de severidad más frecuente es el leve en 27.6%; nuestro resultado se aproxima al estudio de Wen-rui Zhang (12) 38.4% y difiere significativamente de los estudios de Gupta B (9) Pratik khalal (14) Urzua (11) quienes encontraron 31,5%, 33,9%, 64,8% de ansiedad respectivamente; como se puede observar los resultados prevalencia de insomnio constituye un alto porcentaje esto puede ser debido a la carga laboral que podría tener el personal o asociarse al miedo desconfianza que pueda tener el exponerse a esta nueva enfermedad, el insomnio también constituye parte de trastornos depresivo y ansioso puede ser por esta razón la elevada prevalencia.

5.1.2 ANSIEDAD

En nuestro estudio se obtuvo que la prevalencia de ansiedad es de 43.3% de los cuales el grado de severidad más frecuente es el leve en 26.9 % y en último lugar al grado severa en 5.8%; nuestros resultado son similar al estudio **Jianbo Lai (13)** obtuvo 44,6% de prevalencia y **Gupta B (9)** observó ansiedad severa (es decir, puntuación de GAD-7 > 10) entre el 7.3% (27/368). Nuestro resultado difiere de los de **Urzua (11) y Pratik khalal(14)** cuyos resultados fueron 74,4% y 23,6% de prevalencia respectivamente. Los resultados de nuestro estudio asemeja a los resultados de otros estudios es debido que la ansiedad constituye una patología muy frecuente en trabajadores de salud y que se acrecenté aún más por laboran con temor, desconfianza y miedo de poder contraer esta enfermedad de covid 19, ahora si lo comparamos con la población cuya prevalencia 5,1 % al 11,9 % (25) tiene mucha mayor diferencia.

5.1.3 DEPRESIÓN

En nuestro estudio se obtuvo que la prevalencia de depresión es de 36.1% de los cuales el grado de severidad más frecuente es el leve en 23.6 % y en último lugar el grado

severa en 3.5%; nuestros resultados no son similares a ningún estudio el que más se aproxima es el de **Dosil M (10)** el cual corresponde a 27.4%, Los otros estudios que difieren son **Jianbo Lai (13)** depresión (50,4%), **Urzua(11)** depresión (65,6%), Los resultados de nuestro estudio asemeja a los resultados de otros estudios es debido que la depresión constituye una patología muy frecuente en trabajadores de salud y que se acrecentó aún más por laboran con desconfianza, miedo de poder contraer esta enfermedad de covid 19. La prevalencia de depresión en la población general es de 5%(19) si lo analizamos con nuestro resultado la prevalencia de esta patología es muy elevada en el personal de salud.

5.2 FACTORES DEMOGRAFICOS Y SALUD MENTAL

5.2.1 GENERO

En cuanto a los factores demográficos se encontró que la variable “genero”, se obtuvo que el porcentaje de encuestados es mayor el género femenino en 68.8 % respecto a género masculino el cual corresponde al 29.2 %. En el análisis bivariado se encontró relación de género y depresión como se puede evidenciar en la **tabla 11** los valores estadísticos fueron los siguientes **Chi cuadrado , p=0.048, OR=1.994, IC (1.946-4.205)** se infiere que existe significancia estadística por ser el valor “p” < 0.05 y cuya interpretación es que el género femenino tiene asociación probabilística de sufrir depresión respecto al masculino, este resultado se correlaciona con los resultados del estudio de **Jianbo Lai y cols (Wuhan –China, 2020)** sobre “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019” ¹³, donde se obtuvo **OR, 1,94; IC del 95%, 1,26 - 2,98; p = 0,003** el cual indicaba que el ser mujer tiene mayor riesgo de depresión. Este resultado se correlaciona también con la predisposición del sexo femenino ya sea por un factor genético u hormonal.

5.1.2 EDAD

En cuanto a los factores demográficos se encontró que la variable “edad”, como se puede evidenciar el porcentaje de encuestados es mayor en rango de edades de 30 y 59 años en un 68.8% respecto al menor que son personas mayores de 60 años en un 4.9 %.En el análisis bivariado se encontró relación de edad e insomnio como se puede evidenciar en la **tabla 7** los valores estadísticos fueron los siguientes **Chi cuadrado P=0.048, OR=1.54, IC (1.7626-3.205)**, se infiere que existe asociación probabilística por ser el valor “p” < 0.05 y cuya interpretación es que el rango de edades de 30 y 59 años posee mayor riesgo de padecer insomnio respecto a los otros rangos de edades este

resultado se correlaciona el estudio de **Gupta B y cols (Lucknow. India, 2020)** en su estudio “Ansiedad y trastornos del sueño entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 en India: Encuesta transversal en línea” en el cual se obtuvo un valor $p=0,01$. Esta asociación puede estar explicada los adultos están más propensos a padecer ansiedad (25).

5.1.3 ESTADO CIVIL

En cuanto a los factores demográficos se encontró que la variable estado civil, se obtuvo el porcentaje mayor de encuestados fueron los casados en 41.7 % respecto al menor al cual corresponde a viudo en 7.6 % de total. En el análisis bivariado se encontró relación de estado civil(casado) y ansiedad como se puede evidenciar en la **tabla 8** los valores estadísticos fueron los siguientes **Chi cuadrado $P=0,03$ OR=2.04, IC(2.04-5.14)**, se infiere que existe asociación probabilística por ser el valor “p” < 0.05 y cuya interpretación es que el estado civil casado se asocia a presentar ansiedad de algún grado respecto a los otros estados civiles este resultado no se correlacionó con ninguno de los antecedentes y observamos que esta variable en nuestro estudio si obtuvo significancia estadística. La persona casada por el hecho de compartir su vida con otra persona puede tener mayor miedo a contagiarse y posteriormente contagiar.

5.2 FACTORES LABORALES Y SALUD MENTAL

5.2.1 PROFESIÓN

En cuanto a los factores laborales se encontró que la variable profesión, obtuvo mayor porcentaje el personal correspondiente a licenciados en enfermería en 40.3% respecto al menor que son obstetras en un 3.5 %. Estos resultados se correlacionan proporcionalmente con la cantidad de población de personal de salud en actividad y que trabaja de forma presencial en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2021.

En el análisis bivariado no se encontró relación de profesión con ningún trastorno de salud mental (ansiedad, depresión o insomnio) los valores estadísticos que se obtuvieron fueron los siguientes para **insomnio OR=1.319, IC[0.599-2.906], $p=0.491$; para ansiedad OR=0.735, IC(0.327-1.650), $P=0.454$; y para depresión OR=0.464, IC(0.184-1.169), $P=0.099$** se concluye que no asociación probabilística para relacionar profesión con uno de los trastornos antes mencionados, los resultados presentados no se correlacionan con los antecedentes por ejemplo de Rossi R y cols (Italia) en su estudio “Resultados de salud mental entre los trabajadores de atención médica de primera línea y de segunda línea durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus

2019 (COVID-19) en Italia” en cuyo estudio se encontró asociación de enfermeras y los auxiliares de salud tenían más probabilidades de respaldar el insomnio severo (enfermeras: OR, 2,03; IC del 95%, 1,14-3,59; P = 0,02; auxiliares de salud: OR, 2,34; IC del 95%, 1,06-5,18; p = 0,04).

5.2.2 AREA DE TRABAJO

En cuanto a los factores laborales se encontró que la variable “área de trabajo”, obtuvo mayor porcentaje el “trabajar en el área de atención no covid 19” obtuvo un porcentaje mayor 77,1% respecto al personal que trabaja en área diferencial covid 19 en un 20,8%. Estos resultados se correlacionan proporcionalmente con la cantidad de población de personal de salud en actividad y que trabaja de forma presencial en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2021.

En el análisis bivariado se encontró relación “si trabaja en área diferencial covid 19” con depresión y ansiedad con los siguientes estadísticos de análisis respectivamente **Chi cuadrado OR=2.821, IC (1.235-6.448), P=0.012; Chi cuadrado OR=5.077, IC(2.068-12.464), P=0.004** se infiere que existe asociación probabilística por ser el valor “p” < 0.05 y cuya interpretación el personal que trabaja en área diferencial covid 19 posee asociación con depresión y ansiedad, los resultados presentados se correlacionan con el antecedente siguiente **Jianbo Lai y cols (Wuhan –China, 2020)** en su estudio “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019” Depresión grave con los siguiente análisis estadístico OR, 1,94; IC del 95%, (1,26 -2,98); p = 0,003. Esta relación puede ser explicada debido a que el personal que trabaja en esta área está más expuesto al virus y por lo tanto a padecer de covid19 lo cual trae consigo preocupación, miedo desconfianza.

5.2.3 JORNADA LABORAL

En cuanto a los factores laborales se encontró que la variable “jornada laboral”, obtuvo mayor porcentaje, no trabajar más de 150 horas en otra entidad 58.3% respecto al personal que, si trabaja más de 150 horas en 39.5%.

En el análisis bivariado la variable si trabaja o no trabaja más de 150 horas en otra entidad, no se encontró relación estadística con ningún trastorno de salud mental(ansiedad, depresión o insomnio); pero se encontró una tendencia de que el trabajar más de 150 horas en otra entidad te predispone a insomnio como se observa en el análisis estadístico siguiente OR=1.356, IC(0.687-2.659) , p=0.382; comparando la variable jornada laboral no hubo correlación con ningún antecedente debido que en ninguno de mis antecedentes se evaluó la jornada laboral.

5.2 CONCLUSIONES

- 1) Al finalizar la segunda ola de la pandemia por covid 19 las morbilidades de salud mental que afectaron a los trabajadores de salud del hospital Antonio Lorena fueron orden de frecuencia insomnio, ansiedad y depresión.
- 2) Dentro de los grados de severidad fueron encontrados los siguientes en insomnio (leve 23.6%, moderada 13.4% y severo 3.7%); ansiedad (leve 26.9%, moderado 10.6% y severo 5.8%) y depresión (leve 23.6%, moderado 5.6%, moderado severo 1.4% y severo en 3.5%)
- 3) Dentro de las variables no implicadas se encontró que el género femenino posee asociación probabilística a depresión en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 4) Dentro de las variables no implicadas se encontró que el rango de edades de 30 y 59 años asociación probabilística a insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 5) Dentro de las variables no implicadas se encontró que el estado civil casado está asociación probabilística presentar ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.
- 6) Dentro de las variables implicadas se encontró que el trabajar en el área diferencial covid 19 está asociación probabilística presentar depresión y ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.

5.3 RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. Identificar grupos de alto riesgo para algún trastorno de la salud metal (insomnio, ansiedad y depresión): en nuestro presente estudio serían los siguientes grupos género femenino; el rango de edades 30 y 59, estado civil casado y trabajar en área diferencial covid19.
2. Respuesta psicosocial: gerentes y personal de prensa coordinan el trabajo del equipo, gestión y publicidad.
3. Mejorar el tamizaje de comorbilidad psiquiátrica en el hospital.
4. Creación de apoyo psicológico en línea: personas que brindan apoyo telefónico relacionado con problemas mentales (ansiedad, depresión e insomnio).
5. Intervención psicoterapéutica y en segunda instancia farmacológica para el personal que se diagnostique algún trastorno de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parales-Quenza CJ. Anomia social y salud mental pública. Rev Salud Publica. 2008;10(4):658–66.
2. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Trastornos mentales [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Fallis G. Fobias. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
5. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
6. Redacción. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). WHO [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 14]; Available from: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQiAnb79BRDgARIsAOVbhRqvAF5BB1sXiBZDnYiiNjagR0aaT2BVM9RGHXI57pKci_h6F73UMbEaAqKuEALw_wcB
7. COVID-19: características clínicas - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4267089759
8. tasa de mortalidad del covid 19 mundo - Buscar con Google [Internet]. [cited 2021 May 2]. Available from: [ps://www.google.com/search?q=tasa+de+mortalidad+del+covid+19+mundo&sxsrf=ALeKk02PyGtVxu8DjY_WuQ2i0H1LH_x9kQ%3A1620010423296&ei=t2WPYMDVEfmt1sQP_s_yRmAc&oq=mortalidad+del+covid+19&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYATIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIJCAAQsAMQBxAeMgkIABCwAxAHEB4yCQgAELADEAcQHjIFCAAQsANQAFgAYK9naAFwAHgAgAGAogBvgKSAQMzLTGYAQCqAQdnd3Mtd2l6yAEKwAEB&sclient=gws-wiz](https://www.google.com/search?q=tasa+de+mortalidad+del+covid+19+mundo&sxsrf=ALeKk02PyGtVxu8DjY_WuQ2i0H1LH_x9kQ%3A1620010423296&ei=t2WPYMDVEfmt1sQP_s_yRmAc&oq=mortalidad+del+covid+19&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYATIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIFCAAQsAMyCQgAELADEAcQHjIJCAAQsAMQBxAeMgkIABCwAxAHEB4yCQgAELADEAcQHjIFCAAQsANQAFgAYK9naAFwAHgAgAGAogBvgKSAQMzLTGYAQCqAQdnd3Mtd2l6yAEKwAEB&sclient=gws-wiz)
9. Gupta B, Sharma V, Kumar N, Mahajan A. Anxiety and sleep disturbances among

health care workers during the covid-19 pandemic in India: Cross-sectional online survey. *JMIR Public Heal Surveill* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 May 9];6(4). Available from: [/pmc/articles/PMC7758087/](#)

10. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;

11. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrázaval Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chil*. 2020;148(8):1121–7.

12. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Problemas de salud mental y psicosociales de los trabajadores de la salud durante la epidemia de COVID-19 en China. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2020;89(4):242–50. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c4c5213f-8314-4fcf-98d1-9d9048dc20c2%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=144455968&db=aph>

13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 4;3(3).

14. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: A cross-sectional survey from Nepal. *Global Health*. 2020;16(1):1–12.

15. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):2019–22.

16. Gao J, Li J, Han X, Yuan Y, Li C-X, Zhang D-Q. Impact on physical and mental health among medical personnel in Wuhan during COVID-19 outbreak: a cluster analysis. *Int J Med Sci* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 6];2021(5):1185–8. Available from: <http://www.medsci.org//creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

17. del Barrio V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. 2004. 607–614 p.

18. OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de

trabajo [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/

19. Depresión unipolar en adultos: características clínicas - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?topicRef=127828&source=see_link

20. Cole BP, Baglieri M, Ploharz S, Brennan M, Ternes M, Patterson T, et al. What's Right With Men? Gender Role Socialization and Men's Positive Functioning. *Am J Mens Health*. 2019 Jan 1;13(1).

21. Detección de depresión en adultos - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=phq> 9
score&source=search_result&selectedTitle=1~69&usage_type=default&display_rank=1#H278060398

22. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión [Internet]. [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027

23. Evaluación y diagnóstico del insomnio en adultos - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults?sectionName=CLINICALFEATURES&topicRef=127828&anchor=H2311471&source=see_link#H2093124172

24. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001;2(4):297–307.

25. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?sectionName=CLINICALMANIFESTATIONS&topicRef=127828&anchor=H448541448&source=see_link#H448541448

26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7 [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://jamanetwork.com/>

27. COVID-19: Clinical features - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2249070035
28. De M, Lima -Perú S. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD [Internet]. 2011 [cited 2021 May 23]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe>
29. Registro Nacional de Identificación y Estado Civil :: RENIEC [Internet]. [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.reniec.gob.pe/portal/detalleNota.htm?nota=00001540>
30. Jornada Laboral - Concepto Jurídico [Internet]. [cited 2021 May 22]. Available from: <https://definicionlegal.blogspot.com/2015/06/jornada-laboral.html>

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Ciencias de La Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



Orientación: El siguiente instrumento tiene como finalidad investigar la

“SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021” por favor sírvase a marcar con visto en el ítem que considere adecuado.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°.....

Ud. fue diagnosticado por algún trastorno de salud mental (ansiedad, depresión o insomnio) antes del inicio de la pandemia. (Si) (No)

<p>1. GENERO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Masculino (...)• Femenino (...)
<p>2. EDAD:</p> <ul style="list-style-type: none">• 18 -29 años ()• 30-59 años ()• > 60 años ()
<p>3. ESTADO CIVIL:</p> <ul style="list-style-type: none">• Soltero(a) ()• Casado(a) ()• Divorciado(a) ()• Viudo(a) ()• Conviviente ()
<p>4. PROFESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">• Médico ()• Enfermero(a) ()• Técnico en enfermería ()• Laboratorista ()• Farmacéutico. ()• Obstetra. ()
<p>5. ÁREA DE TRABAJO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Áreas diferencial COVID 19 ()• Áreas de atención no COVID 19 ()
<p>6. JORNADA LABORAL:</p>

¿Ud. labora más de 150 horas mensuales en otra entidad (hospital, clínica, etc.)Cumpliendo las funciones que para la cual fue preparado?

- Si ()
- No ()

7. INSOMNIO (ISI)

Indica la gravedad de tu actual problema de sueño:	Nada	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
1. Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4
2. Dificultad para permanecer dormido	0	1	2	3	4
3. Despertar muy temprano	0	1	2	3	4
4. ¿Cómo está satisfecho(a) en la actualidad con tu sueño					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
5. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej: fatiga durante el día, capacidad para tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
6. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

7. ¿Cómo estas preocupado/a por tu actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

8. ANSIEDAD (test GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
Total ____ =				

9. DEPRESION (TEST PHQ 9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3

Sensación de cansancio o poca energía.	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso, o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Total ____ =				

10 Presenta usted algún trastorno de salud mental (diferente a depresión, ansiedad o insomnio).

- No ()
- Si () Indique cual:

Anexo 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez a criterio de expertos, utilizando el método DPP (distancia del punto medio)

PROCEDIMIENTO

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por tres especialistas en el tema.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
---	---	-------------------------------------	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?



1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
---	---	-------------------------------------	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
---	---	-------------------------------------	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
.....
.....
.....

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

 
María Dolores Jurado Andía
MÉDICO PSICUATRA
C.M.P. 52074 RNE 20017

EXPERTOS					
Nº ITEMS	A	B	C	D	PROMEDIO
1	4	4	5	4	4.25
2	4	4	4	5	4.25
3	3	4	4	5	4
4	4	5	5	4	4.5
5	4	5	4	4	4.25
6	3	5	5	5	4.5
7	3	5	5	5	4.5
8	4	4	5	5	4.5
9	4	4	5	5	4.5

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la

$$\text{Sigüiente ecuación: DPP} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y= promedio de cada ítem

DPP =

$$\sqrt{(5 - 4.25)^2 + (5 - 4.25)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 4.25)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4.5)^2}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente puede ser aplicado para obtener información.

Resultado: DPP = 1.98

Determinando la distancia máxima (D max.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{max}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= 1

$$D(\text{max}) = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D(\text{max}) = 12.9$$

D (max.) se dividió entre el valor máximo de la escala:

$$\text{Resultado: } 12.9/5 = 2.58$$

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D max; dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

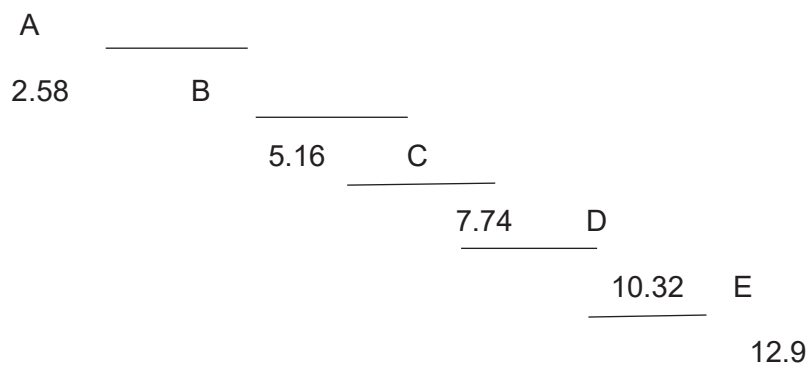
A= adecuación total

B= adecuación en gran medida

C= adecuación promedio

D= escasa adecuación

E= inadecuación




El punto DPP se debe localizar en las zonas A o B, en caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.


CONCLUSIÓN:

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de encontrándose en la zona B, lo cual significa adecuación total y permite su aplicación de esta ficha de recolección

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR TESIS 1

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO**
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO**

Cusco 25 de mayo de 2021.

Carta No 005 -2021- GORE CUSCO DRSC-HAL-OIDC

Señor(a):
DENIS ALARCON VALDIVIA
ALUMNO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABA DEL CUSCO

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZA REALIZAR 39 ENCUESTAS A PERSONAL ASISTENCIAL PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS

REFERENCIA : FUT 01263 Y SOLICITUD


Previo un atento saludo nos dirigimos a usted, para hacer de su conocimiento que la petición que presento solicitando autorización para la aplicación de instrumentos de recojo de información para el procesamiento estadístico, información necesaria en la elaboración del proyecto de tesis titulada:

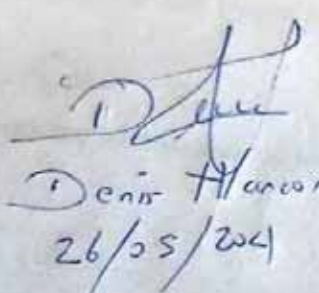
"SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021"

Al respecto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Antonio Lorena Cusco, en coordinación con la jefatura de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación, autoriza la realización de las 39 encuestas al personal asistencial de esta institución hospitalaria.

Mucho agradeceré, emitir el informe pertinente a la conclusión del trabajo de investigación, adjuntando una copia en formato físico y virtual.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA
Dr. Rodolfo Larita Ccalloquimsa
C.M.P. 28754 - R.N.C. 45347
JEFE OFC. INVEST. DOCENCIA Y CAP


Denis Alarcon Valdivia
26/05/2021

RLC/yhz

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: “SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 CUSCO, 2021”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología	RECOPIACION DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
PG: ¿Cuál es la salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?	OG: Determinar la salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.	HG: La salud mental está deteriorada en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.	Variables implicadas Variables independientes Factores laborales •Profesión. •Área de trabajo. •Jornada laboral	1) Género: • Masculino (...) • Femenino (...) 2) Edad: ___ años • 18 -29 años () • 30-59 años () • > 60 años () 3) Profesión: • Médico () • Enfermero () • Técnico en enfermería() • Laboratorista () • Farmacéutico. () • Obstetra. () 4) Lugar de trabajo : • Áreas de diferencial COVID 19 () • Áreas de atención no COVID 19 () 5) ¿Ud. labora más de 150 horas mensuales en otra entidad (hospital, clínica, etc.)Cumpliendo las funciones que para la cual fue preparado? • Si () • No () 6) INSOMNIO Se utiliza escala ISI • normal (0-7), • insomnio subumbral (8-14),	POBLACIÓN Y MUESTRA La población lo constituyen 646 trabajadores de salud entre médicos, enfermeras, obstetras, químicos farmacéuticos, laboratoristas y técnicos en enfermería los cuales laboran actualmente en los servicios de atención hospitalaria ya sea en áreas de atención covid19 y áreas diferencial no covid 19 según padrón de trabajadores del Hospital Antonio Lorena Cusco 2021. Criterios de inclusión: • Trabajadores de salud que laboran actualmente en áreas de atención hospitalaria área de atención no covid 19 y área diferencial covid 19. • Personal de salud que labore presencialmente en el hospital. Criterios de exclusión: • Personal del Hospital Antonio Lorena que trabaje en áreas administrativas. • Personal de salud que tenga trabajo remoto y mixto (remoto y presencial). • Personal que haya tenido algún trastorno mental diagnosticado antes del inicio de la pandemia diagnosticado.	RECOLECCION DE DATOS: “La encuesta consta de 8 ítems que se llenara en un tiempo aproximado de 10 minutos. La encuesta se divide en 3 partes la primera hace referencia a aspectos demográficos; la segunda contiene factores laborales, la tercera contiene test de ansiedad depresión e insomnio.” PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS: La información obtenida fueron pasados a una base de datos usando el programa Excel 2016 y SPSS 25. Luego se realizó el procesado de los datos con estos mismos obteniendo gráficos y cuadros en función a los objetivos. Para el análisis univariado de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Pará la cuantitativa medida de
PE1: ¿Cuál es la prevalencia y grado de severidad de insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?	OE1: Determinar la prevalencia y grado de severidad de insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.	HE1: Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de insomnio en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.	Variable dependiente Salud mental •Ansiedad •Depresión. •insomnio	Variables no implicadas • Género. • Edad. • Estado civil.		
PE2: 2) ¿Cuál es la prevalencia y grado de severidad de ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?	OE2: Determinar la prevalencia y grado de severidad de ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.	HE2: Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de ansiedad en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.				

<p>PE3 ¿Cuál es la prevalencia y grado de severidad de la depresión en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?</p>	<p>OE3: Determinar la prevalencia y grado de severidad de la depresión en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>	<p>HE3: 3) Existe una elevada prevalencia y grado de severidad de la depresión en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • insomnio clínico de moderada severidad (15-21) e • insomnio clínico severo (22-28)" <p>7) ANSIEDAD Se utiliza la escala GAD7 (7- ítem rango de 0 a 21 puntos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal:(0-4) • leve (5-9), • moderado (10- 14) y • Severo (15-21). <p>8) DEPRESION Puntuación depresión :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 a 9: depresión leve • 10 a 14: depresión moderado • 15 a 19: depresión moderadamente grave • ≥20: depresión grave. 	<p>Tamaño muestral</p> <p>Para el cálculo del tamaño de muestra se manejó el programa Epi Info™ versión 7.2.2.2, Urzua y cols (Antofagasta – Chile) en su estudio "Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile", publicado el 2020. En este estudio se observó que la presencia de ansiedad tubo OR = 4, IC 95%(4,0-14,0); p=0.035 está asociada con atención de pacientes con la enfermedad de covid 1911</p> <p>Una vez obtenido estos datos en el programa Epi Info™ versión 7.2.2.6 se introdujo la información siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de confianza: 95% • Poder: 80% • Relación de no expuestos-expuestos: 21/104=0.20 • Porcentaje de no expuestos: 62/125X 100 = 49.6% • Odds ratio =4 <p>De acuerdo al cálculo del tamaño de muestra realizado en el programa Epi Info™ versión 7.2.2.6., se contó con 117 expuestos y 24 no expuestos para realizar el estudio.</p> <p>Tamaño de muestra = 117expuestos: 24 no expuestos</p>	<p>tendencia central y dispersión.</p> <p>Para analizar la relación de salud mental con las diferentes variables se realizó como se describe a continuación. Se usó el valor P, considerándose un valor p<0.05. Para las variables cualitativas dicotómicas se calculó RMP (razón de momios de prevalencia) con intervalos de confianza al 95%</p>
<p>PE4 ¿Cuál es la prevalencia de otros trastornos de salud mental (diferentes a depresión, ansiedad e insomnio) diagnosticados en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?</p>	<p>OE4: 4) Determinar la prevalencia de otros trastornos de salud mental (diferentes a depresión, ansiedad e insomnio) diagnosticados en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>	<p>HE4: 4) Existe una elevada prevalencia de otros trastornos de salud mental (diferentes a depresión, ansiedad e insomnio) diagnosticados en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>				
<p>PE5 ¿Cuáles fueron los factores demográficos (género, edad y Estado civil) asociados al estado de salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?</p>	<p>OE 5: Determinar el factor demográfico (género, edad y Estado civil) asociados a la estado de salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>	<p>5) El aumento de la proporción de la depresión está relacionado con el trastorno de la salud mental en los trabajadores de salud durante la pandemia por covid 19 en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2021.</p>				
<p>6) ¿Cuáles fueron los factores laborales (profesión, lugar de trabajo, jornada laboral) asociados al estado salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021?</p>	<p>6) Determinar los factores laborales (profesión, lugar de trabajo, jornada laboral) asociados al estado de salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>	<p>6) Existe asociación de factores laborales (profesión, lugar de trabajo, jornada laboral) a la salud mental en trabajadores del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por covid 19 Cusco, 2021.</p>				

