

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA**

FACULTAD DE MEDICINA



**ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE
LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN
PANDEMIA 2021**

Tesis presentada por el Bachiller:

ALVARO KRISTIAN RAMOS SOSA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

ASESOR: MED. BLANCA MARITZA

LINARES SILVA DE POBLETTE

Médica Cirujana

Especialidad: Psiquiatría

AREQUIPA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y darme fortaleza en mi día a día; y hacerme sentir que nunca estaré solo.

A mis padres, Blanca y Eloy, por darme todas las enseñanzas y valores que me inculcaron dentro de la familia.

A mi hermana, Virginia, por apoyarme en las decisiones que he tomado y a alentarme en momentos difíciles.

A mis pacientes durante el internado; que tuvieron la confianza en poner su salud en mis manos.

AGRADECIMIENTO

A toda mi familia por el cariño y la paciencia que me han otorgado durante toda mi carrera profesional.

A los médicos profesores de la Facultad de Medicina, por haber impartido sus conocimientos hacia mi persona.

A la Dra. Blanca Linares, por el apoyo y consejería en la realización de mi trabajo.

A mis amigos; que siempre estuvieron en la buenas y en las malas; por las anécdotas y risas que estuvieron presentes en mi vida universitaria.

A los trabajadores de limpieza que, a pesar de estos tiempos difíciles, siguen ejerciendo su labor.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre ansiedad por Covid-19 y salud mental; además de relacionarlo en función a las características sociodemográficas en los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

Métodos: La población estuvo conformado por 83 trabajadores de limpieza que cumplieron los criterios de elegibilidad. Se recolectaron los datos de forma presencial; mediante el llenado de una ficha de recolección de datos sociodemográficos, Escala de ansiedad por COVID-19 e Inventario de Salud Mental (MIH-5); las variables cualitativas se estudiaron mediante estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó un nivel de significancia estadística $P < 0.05$ en todas las pruebas estadísticas.

Resultados: 22 (26.5%) trabajadores de limpieza presentaron ansiedad disfuncional por Covid19 y 61 (73.5 %) no presentan ansiedad por Covid19. Por otro lado 71 (85.6%) trabajadores de limpieza pública tiene mayor bienestar psicológico y 12(14.4%) tiene menor bienestar psicológico. La población prevalente fue comprendida mayor de 40 años (73.5%), sexo femenino (55.4%), soltero (33%), si tuvieron algún miembro de la familia (50.6%) y amigo (65.1%) con COVID-19, y según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19 fue un intervalo de 1-3 horas (49.4%) durante las últimas 2 semanas. La relación entre ansiedad por Covid19 con salud mental fue estadísticamente significativa $p < 0.05$.

Conclusión: No hubo correlación con las variables sociodemográficas tanto para ansiedad por COVID-19 ni salud mental. Sin embargo, a mayor ansiedad por COVID-19 hay menor bienestar psicológico en trabajadores de limpieza pública.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad por COVID-19, salud mental, trabajadores de limpieza pública

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between anxiety due to Covid-19 and mental health; in addition to relating it based on the sociodemographic characteristics of public cleaning workers in the Socabaya district, Arequipa in Pandemic 2021.

Methods: The population consisted of 83 cleaning workers who met the eligibility criteria. The data were collected in person; by filling in a form for collecting sociodemographic data, COVID-19 anxiety scale and Mental Health Inventory (MIH-5); qualitative variables were studied using descriptive and inferential statistics. A statistical significance level of $P < 0.05$ was used in all statistical tests.

Results: 22 (26.5%) cleaning workers presented dysfunctional anxiety due to Covid19 and 61 (73.5%) did not present anxiety due to Covid19. On the other hand, 71 (85.6%) public cleaning workers have higher psychological well-being and 12 (14.4%) have lower psychological well-being. The prevalent population was comprised over 40 years (73.5%), female (55.4%), single (33%), if they had a family member (50.6%) and friend (65.1%) with COVID-19, and as you may have thought, seen and heard information about COVID-19 was a 1-3 hour interval (49.4%) during the last 2 weeks. The relationship between anxiety due to Covid19 and mental health was statistically significant $p < 0.05$..

Conclusion: There was no correlation with the sociodemographic variables for anxiety due to COVID-19 or mental health. However, the greater the anxiety about COVID-19, the lower the psychological well-being in public cleaning workers.

KEY WORDS: COVID-19 anxiety, mental health, public cleaning workers

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I.....	15
FUNDAMENTO TEÓRICO	15
CAPITULO II	26
MÉTODOS.....	26
CAPITULO III	31
RESULTADOS.....	31
CAPITULO IV.....	40
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	40
CAPITULO V	45
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

INTRODUCCIÓN

1.-JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

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 una pandemia mundial. 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 (1). Al 30 de abril de 2021 aproximadamente se confirmaron 151 millones de casos y 3.17 millones de muertes a nivel mundial. A nuestro país llegó en febrero 2020 y el 13 de marzo se dieron decreto ley N°0044-202-PCM que declara emergencia sanitaria y cuarentena que inició el 16 de marzo del 2020 (2). El Perú ocupa el decimoséptimo puesto en el mundo y quinto lugar en Latinoamérica en relación al conjunto de personas contagiadas confirmadas. Al 30 de abril de 2021 se confirmaron 1,791,998 caso de COVID y 61,101 fallecidos por la enfermedad. Actualmente, Lima (departamento) posee la mayor cantidad de casos y muertes, seguida de Arequipa que hoy 15 de junio del presente año hay 91,551 de casos confirmados y 8,118 fallecidos (3). Y al 19 de julio del 2021, Arequipa se ubica en quinto lugar con 107,201 de casos confirmados y 9,307 fallecidos.(3)

Esta situación ha generado que se establezcan políticas gubernamentales de salud pública, orientadas primordialmente al distanciamiento social y cuarentena de la población, para evitar que las personas contagiadas puedan transmitir el virus a otras o, que las personas se expongan a contraerlo. (4) Asimismo, la difusión de adecuadas prácticas de higiene puede ser una solución de bajo costo y altamente efectiva que puede reducir el contagio y, por ende, el costo social y económico (5). Si bien la cooperación global, principalmente en el ámbito de la salud pública y el desarrollo económico es esencial para la prosperidad, en un acontecimiento de urgencia sanitaria, las complicaciones de salud mental son frecuentes (6).

Desde la perspectiva de la salud mental, una pandemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada. Puede considerarse, incluso, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal. Los efectos, generalmente, son más marcados en las poblaciones que laboran en la primera línea de defensa, condiciones precarias, aquellos que poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. (7)

Dentro de estos grupos de primera línea; aparte de la magnífica labor por parte médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, personal de farmacia, de laboratorio, imagenología policías y bomberos, tenemos al personal de limpieza, una parte de la población “olvidada” que prosigue sus labores día a día, contra las adversidades en estos tiempos de COVID. El personal de limpieza de los municipios urbanos está integrado por los barrenderos, los que recolectan y reciclan los residuos sólidos, los que fumigan los ambientes públicos, los que realizan mantenimiento de parques y jardines entre otros. (8)

A pesar de que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en el Perú emitió el reglamento de seguridad y salud en el trabajo de los obreros municipales (D.S. 017-2017-TR) (9) , estos esfuerzos no se ven reflejados en las condiciones laborales del personal de limpieza pública, percibiéndose que los niveles de protección contra los riesgos para su seguridad y salud siguen siendo bajos, debido a la ausencia de implementos de protección, jornadas laborales largas, escaso reconocimiento de su labor y sobre todo el estereotipo social del que son objeto. (8)

Así también, la mayoría de los trabajadores de limpieza desarrollan sus actividades laborales en las vías públicas, incrementando el nivel de exposición a factores de riesgo tanto ambientales, psicológicos, físicos y sociales, que pueden afectar su salud, adquiriendo además otras enfermedades

ocupacionales, como las músculo esqueléticas, gastrointestinales y respiratorias (10). Así como, contagiarse por el virus debido al contacto directo con los desechos.

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Monterrosa A. y et al realizó un trabajo de investigación donde determinar la presencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales. Fue estudio transversal que exploró síntomas y percepciones durante la pandemia del COVID-19 en médicos generales colombianos sometidos a cuarentena obligatoria que ejercieron su profesión en marzo del 2020. Los cuestionarios buscaban encontrar problemas psicosomáticos sirviéndose de la Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) Y EL FCV-19s (Fear of Covid-19). Los resultados fueron que participaron 531 médicos generales con edad promedio de 30 años. Se identificaron síntomas de ansiedad en el 72.9%, un tercio de los encuestados presentó estrés laboral leve, mientras que el 6% presentó estrés laboral alto o severo. El 37.1% presento síntomas de miedo al COVID-19. Llegando a la conclusión siete de cada diez participantes presentaron síntomas de ansiedad o estrés laboral, mientras que cuatro presentaron síntomas de temor a COVID. (11)

Jiambo Lai y et al realizo una investigación con el fin de evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China. Este estudio transversal, basado en encuestas y estratificado por regiones recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020 en China. Los trabajadores de la salud en hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 fueron elegibles. El grado de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia fue evaluado por las versiones chinas del Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems, la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems, el Índice de Gravedad del Insomnio de 7 ítems y el de 22 ítems Impacto de la escala de eventos: revisada, respectivamente. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para

identificar los factores asociados con los resultados de salud mental. Un total de 1257 de 1830 personas contactadas completaron la encuesta, con una tasa de participación del 68,7%. Un total de 813 (64,7%) tenían entre 26 y 40 años y 964 (76,7%) eran mujeres. De todos los participantes, 764 (60,8%) eran enfermeras y 493 (39,2%) eran médicos; 760 (60,5%) trabajaban en hospitales en Wuhan y 522 (41,5%) eran trabajadores de atención médica de primera línea. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]). Los trabajadores de la salud de primera línea que participan en el diagnóstico, el tratamiento y la atención directos de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión (OR, 1,52; IC del 95%, 1,11-2,09; $P = 0,01$), 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; $P < 0,001$) y angustia (OR, 1,60; IC del 95%, 1,25 -2,04; $p < 0,001$). 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 trabajadores de atención médica de primera línea directamente comprometidos en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19. (12)

Samaniego A. realizó una investigación con el objetivo de determinar prevalencias de depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga por compasión, así como factores relacionados a la presencia de sintomatología asociada a estos trastornos en profesionales de los equipos de salud. Para esto, se encuestó en formato online a 126 profesionales sanitarios del Paraguay, de los cuales el 83% son mujeres, con una edad promedio en la muestra total de 32 años. Se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio, IES-R para distrés y el módulo de fatiga por compasión del ProQOL–CSF–vIV. Se encuentra que los porcentajes de participantes que reportaron síntomas clasificables como moderados y severos fueron de un 32.2% para depresión, 41.3% en ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en distrés y un 64.3% en fatiga por compasión. Adicionalmente las mujeres y los de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas. Los datos aportan evidencia a la necesidad de establecer estrategias

de prevención o intervención para abordar los problemas de salud mental en los profesionales de la salud. (13)

Huang Y. en su estudio de investigación busco identificar grupos de alto riesgo cuyas condiciones de salud mental eran vulnerables al brote de COVID-19. Se recopilaron datos de 7.236 participantes autoseleccionados medidos por síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y calidad del sueño. La prevalencia general de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y mala calidad del sueño fue del 35,1%, 20,1% y 18,2%, respectivamente. Las personas <35 años informaron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos que las personas \geq 35 años. Los trabajadores de la salud tienen la tasa más alta de mal sueño en comparación con otras ocupaciones. Los trabajadores de la salud / personas más jóvenes que pasaron un alto nivel de tiempo (\geq 3 horas / día) tuvieron una prevalencia particularmente mayor de síntomas de ansiedad que aquellos que pasaron menos tiempo (<1 hora / día y 1-2 horas / día) en el brote. Durante el brote de COVID-19, los trabajadores de la salud y las personas más jóvenes tenían un riesgo especialmente alto de mostrar un impacto psicológico cuando pasaban demasiado tiempo pensando en el brote. (14)

Ochoa K. en su estudio tuvo como objetivo: medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los trabajadores. Se contó con una muestra de 304 colaboradores, a quienes se les aplicó la ficha sociodemográfica y la escala DASS-21. Los resultados revelan que el 80.9% del personal presentó al menos un síntoma de ansiedad, depresión o estrés; en una intensidad media-baja con puntuaciones inferiores al punto medio de la escala (PM=2). Identificándose porcentajes altos dentro del rango normal como estrés con un 97.7%, depresión 84.9% y ansiedad 79.9%; mientras que a nivel severo se evidenció ansiedad con un 3.3%, depresión 1% y estrés 0.3%. Lo cual significa que la pandemia por COVID-19 tuvo un bajo impacto en los trabajadores y dentro de las variables sociodemográficas que se asociaron con mayores niveles de sintomatología están mujeres, personas de zonas rurales y aquellos que tuvieron un familiar o amigo cercano diagnosticado con COVID-19. (15)

NACIONALES

Pacheco. E. en su presente estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en Trabajadores de Limpieza Pública dedicados a la recolección de residuos sólidos de la Municipalidad de Independencia, 2017”, se realizó bajo el enfoque investigativo cuantitativo, de estudio no experimental, descriptivo simple y transversal, tiene como objetivo general determinar la calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de limpieza pública dedicados a la recolección de residuos sólidos. La población estuvo conformada por 42 trabajadores de limpieza pública, cuya función es la recolección manual de residuos sólidos, en visto que la población era pequeña se realizó la muestra censal. Se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida SF 36, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 24. Como resultado se encontró que, a nivel global el 81% tienen una baja calidad de vida relacionada con la salud; así como en la dimensión función física con el 76.2%; la dimensión rol físico con el 88.1%; la dimensión salud general con el 61.9%; la dimensión vitalidad con el 76.2%; la función social con el 71.4%, rol emocional con el 69%; salud mental con el 83.3%; todos ellos con una baja calidad de vida y la dimensión más conservada entre los participantes es la dimensión dolor corporal con el 52.4% que tienen una alta calidad de vida. Llegando a la conclusión que la población de estudio tiene una baja calidad de vida, y esto se debe al mismo trabajo que desempeñan, los peligros y riesgos que se exponen a diario, que pueden evitarse a través de acciones preventivas. (16)

Loaiza C. en su estudio fue determinar la relación que existe entre la ansiedad y el estrés en efectivos policiales durante la emergencia sanitaria Covid 19, Cuzco 2020. El tipo de investigación fue básico de nivel descriptivo y de diseño transversal, no experimental y correlacional. La muestra de participantes fue de 60 efectivos policiales que laboran en una dependencia policial en Cuzco. Los instrumentos empleados fueron el inventario de ansiedad rasgo – estado (Lushene, Gorsuch y Spielberger, 1970), adaptada por Del Priego en Lima (2014), y la escala de estrés percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), validada en Lima por Guzmán y Reyes (2018). El estudio concluyó la existencia de relación positiva media significativa entre la ansiedad general y el estrés general percibido ($r = .352$ p valor $.012 < .05$); de igual manera se determinó la existencia de relación positiva, muy fuerte significativa entre la ansiedad de rasgo y el control del estrés ($r = .820$ p valor $.030 < .05$) y positiva media significativa

con la expresión del estrés ($r = .486$ p valor $.009 < .05$); relación positiva considerable significativa entre la ansiedad de estado y el control del estrés ($r = .707$ p valor $.049 < .05$) y positiva débil significativa con expresión del estrés ($r = .202$ p valor $.012 < .05$) (17)

Lo revisado anteriormente, se puede evidenciar que los problemas de salud mental de las personas afectadas por la pandemia de Covid-19 no han sido abordados de manera suficiente en el Perú, mucho menos en el personal de limpieza. En este sentido, al realizar la revisión bibliográfica en nuestra región de Arequipa, no hay investigaciones en relación a este tema y grupo de personas, por lo cual la investigación propuesta determinará la relación entre ansiedad por Covid-19 y salud mental en trabajadores de la limpieza pública que laboran en el distrito de Socabaya, además de relacionar la ansiedad por Covid-19 y salud mental en función a variables sociodemográficas.

2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible establecer una relación entre los factores sociodemográficos de edad, sexo, estado civil, frecuencia de diagnóstico de COVID-19 en familiares y amistades; y tiempo de exposición a información de COVID-19 con ansiedad por Covid 19 y la salud mental en los trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021?

3.-HIPOTESIS

Es probable que la ansiedad por COVID-19 se asocien de manera significativa con la salud mental de los trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

Es probable que los factores: edad, sexo, estado civil, frecuencia de diagnóstico de COVID-19 en familiares y amistades; y tiempo de exposición a información de COVID-19 se asocien de manera significativa con ansiedad por Covid19 y salud mental de los trabajadores de limpieza pública .

3.-OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar la relación entre ansiedad por Covid-19 y salud mental en los trabajadores de limpieza pública de distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

OBJETIVO ESPECIFICO

-Determinar la frecuencia de las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, diagnóstico de Covid-19 en familiares y amigos; y tiempo en horas que piensan o perciben información sobre COVID-19 en los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

-Determinar la frecuencia de ansiedad por COVID-19 y salud mental en los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

- Relacionar ansiedad por COVID-19 y salud mental con las variables sociodemográficas de los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

CAPITULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1.-ANSIEDAD

A. DEFINICIÓN

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Todos estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés. (18)

En ocasiones, la ansiedad no facilita una mejor adaptación, surgiendo falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, u en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad. La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada (18)

B. ANSIEDAD FISIOLÓGICA VS PATOLOGICA

La ansiedad fisiológica cumple una función adaptativa debido a que es un mecanismo de defensa frente a las amenazas de la vida diaria, permite reaccionar al individuo ante una circunstancia ambiental de manera leve y no genera la necesidad de atención psiquiátrica. Por el contrario, la Ansiedad Patológica es más grave pues dificulta o bloquea una respuesta adecuada a la vida diaria debido a que este tipo de ansiedad es desproporcionada y demasiado prolongada, generando así la necesidad de atención psiquiátrica. (18)

C.-ETIOLOGIA (19)

Factores neurobiológicos

Interrupción del sistema de serotonina.

Disfunción de la transmisión inhibitoria GABAérgica

Uso de sustancias (que conduce a un trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos)

Factores ambientales y de desarrollo

Estrés

Tabaquismo (factor de riesgo para el trastorno de pánico y los ataques de pánico)

Trauma psicológico, especialmente durante la niñez

Otras afecciones médicas: afecciones que pueden provocar ansiedad y / o ataques de pánico

Enfermedad endocrina (p. Ej., Hipertiroidismo)

Trastornos cardiovasculares (p. Ej., Insuficiencia cardíaca congestiva)

Enfermedad respiratoria (p. Ej., Asma)

Trastornos metabólicos (p. Ej., Porfiria)

Enfermedades neurológicas (p. Ej., Encefalitis)

D.CLASIFICACIÓN

Actualmente, la clasificación de los Trastornos de Ansiedad se encuentra recogidos en dos manuales de clasificación diagnóstica, el primero es el Manual Diagnóstico y Estadístico de (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10) de la Organización Mundial de la Salud. Es importante mencionar que los trastornos de ansiedad se distinguen según el tipo de factores o escenarios que inducen la ansiedad o conductas inevitables, y según el factor asociado. (20)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), describe la siguiente clasificación (20) (21):

Trastorno de Ansiedad por separación: Miedo o desesperación agudos y constantes que se generan al tener que separarse de una persona con la que

posee un estrecho vínculo, se identifica en tres características clínicas: ansiedad, molestia psicológica, rechazo a permanecer solo en el hogar o trasladarse a otros lugares tales como la escuela, trabajo, etc.; presencia de insomnios o síntomas físicos ante la ausencia de figuras paternas o miembros de la familia. Este trastorno puede presentarse mínimo seis meses en adultos y cuatro semanas en niños y adolescentes.

Mutismo Selectivo: Es la incapacidad de conversar o ser selectivo al responder a otros en un entorno social en especial en los que es necesario hablar, tal es caso del entorno académico, a pesar de que la persona entable conversaciones en otras. La duración del mutismo es mínima de un mes (no aplica para los niños en el primer mes de escuela).

Fobia Específica: Miedos persistentes e intensos a situaciones u objetos particulares donde la duración de síntomas necesarios para el diagnóstico es ≥ 6 meses

Trastorno de Ansiedad Social: Ansiedad pronunciada por situaciones sociales que implican el escrutinio de los demás. La duración de síntomas necesarios para el diagnóstico es mayor igual 6 meses.

Trastorno de Pánico: Ataques de pánico inesperados recurrentes. El Ataque de pánico es un episodio repentino de miedo intenso asociado con ≥ 4 de los siguientes: palpitaciones, taquicardia, diaforesis, temblores, dificultad para respirar, sensación de asfixia, dolor en el pecho, malestar abdominal, mareos o sensación de desmayo, sensación de escalofríos o calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o morir. Puede ocurrir debido a varias afecciones, incluido el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico.

Agorafobia: Miedo o ansiedad pronunciados ante situaciones de las que se percibe como difíciles de escapar. La duración de síntomas necesarios para el diagnóstico es ≥ 6 meses en ≥ 2 situaciones diferentes

Trastorno de Ansiedad Generalizada: Ansiedad prolongada y excesiva no centrada en un solo miedo específico. La duración de síntomas necesarios para el diagnóstico es mayor igual 6 meses

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias / Medicamentos: Comprende la angustia debida al envenenamiento o por evitar sustancias y tratamientos médicos.

Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica: Los síntomas de ansiedad se relacionan a consecuencias fisiológicas de una enfermedad médica.

Otros trastornos de Ansiedad Especificados: Prevalecen síntomas característicos de una perturbación de ansiedad, los cuales producen un malestar clínicamente característico, además se presentan desperfectos en la conducta social, profesional u otras actividades que desempeña el individuo.

Otros trastornos de Ansiedad no Especificados: Esta clase de trastornos son empleados por el médico cuando prefiere no especificar el motivo de los diagnósticos de un trastorno de ansiedad específico.

E. SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

De acuerdo con Rojo (22), los síntomas más frecuentes que se asocian al estado de un cuadro de ansiedad son:

1. Inquietud o excitación nerviosa, desasosiego. Tensión muscular, neuralgia, cefalea tensional que suele aumentar a medida que pasa el día, sensación de incapacidad de relajarse (se manifiesta a menudo en pequeños movimientos de las manos, piernas, tics y muecas).
2. Dificultad para concentrarse.
3. Dolores erráticos (cambian de lugar, por lo que suelen haber sido motivo de múltiples análisis y diversas pruebas médicas). Parestesias (sensación de hormigueos o como corrientes).

4. Sensación de opresión torácica o falta de aire, o sensación de opresión en abdomen o como un nudo en el estómago. A veces sensación de no poder tragar, como si tuviesen un nudo en el esófago. Vómitos, diarreas, eructos, meteorismo.

5. Palpitaciones, taquicardia, hipertensión, temblores.

6. Oleadas de calor o «como algo que sube» desde el abdomen o por todo el cuerpo. Sudoración, polaquiuria (tener que ir muy a menudo a orinar), o tenesmo (sensación frecuente de tener que ir a defecar).

7. Anorexia y muchas otras veces aumento del apetito (bulimia), sequedad de boca.

8. Insomnio. Irritabilidad e hiperestesia a ruidos (molestan mucho más los ruidos) sobre todo si hay insomnio. También a veces hiperestesia a luces (molesta la luz).

9. Vivencia de miedo. Temores difusos. Miedo a volverse «loco», a perder el control.

10. Sensación de mareo, sobre todo en la calle, en sitios donde hay bullicio, almacenes, centros comerciales. Se vivencia como una inestabilidad, como si «no pisasen seguro» el suelo al andar. Mucho peor si van solos, menos o puede que inexistente si van acompañados, también desaparece cuando van en coche.

11. Ansiedad anticipatoria, antes de ir a lugares donde «saben» que se van a encontrar peor. Conductas de evitación de esos lugares.

12. Preocupaciones hipocondríacas.

13. Preocuparse mucho por los acontecimientos cotidianos

F. ANSIEDAD Y COVID19

Bendau. A. presenta una descripción general de los resultados de la investigación sobre COVID-19, otras epidemias y pandemias anteriores (por ejemplo, VIH, SARS, MERS, Ébola y gripe porcina) donde los síntomas de ansiedad ocurren con frecuencia en epidemias y pandemias, especialmente en la fase temprana y generalmente disminuyen en el curso posterior. Aunque otros aspectos de las diferentes enfermedades infecciosas varían, los miedos asociados son similares e incluyen, por ejemplo, el miedo a las consecuencias sociales y económicas relacionadas con la salud. La resiliencia y los factores de riesgo en diversas epidemias y pandemias son comparables. La expectativa de autoeficacia, la tolerancia a la incertidumbre, la normalización, las rutinas, la seguridad y el apoyo social suelen tener un efecto protector. Por el contrario, el consumo excesivo de medios, el género femenino, el trabajo en un contexto médico, la supresión, las enfermedades preexistentes, el comportamiento poco saludable y una exposición más cercana al virus suelen ir acompañadas de una ansiedad más grave. (23)

Por parte Malesza M. buscó investigar diferentes factores asociados con la ansiedad relacionada con el coronavirus durante el brote de COVID-19 en Polonia en donde los principales predictores de una mayor ansiedad relacionada con el brote pandémico incluyeron factores demográficos, como ser mujer, ser mayor, estar casado o convivir y tener hijos. Además, se informó una mayor ansiedad entre las personas que informaron enfermedades crónicas y, en general, un peor estado de salud. A partir de factores relacionados con COVID-19, mayor frecuencia de conductas protectoras recomendadas, mayor riesgo percibido de infección, mayor probabilidad de entrar en contacto con COVID-19 durante el brote actual, mayor cantidad de información sobre COVID-19 recibida de diversas fuentes predice una mayor ansiedad entre los individuos. (24)

G. ANSIEDAD POR COVID-19(CAS)

Las preocupaciones de salud mental de las personas afectadas por la pandemia de coronavirus no se han abordado adecuadamente. Por lo cual Lee. S. desarrolló y evaluó las propiedades de la Escala de Ansiedad por Coronavirus

(CAS), que es un breve cribado de salud mental para identificar casos probables de ansiedad disfuncional asociados con la crisis del COVID-19. Esta escala de 5 ítems, que se basó en 775 adultos con ansiedad por el coronavirus, demostró una sólida confiabilidad y validez. Se encontró que los puntajes elevados de CAS se asociaron con el diagnóstico de coronavirus, el deterioro, el afrontamiento del alcohol / drogas, el afrontamiento religioso negativo, la desesperanza extrema, la ideación suicida, así como las actitudes hacia el presidente Trump y los productos chinos. El CAS discrimina bien entre personas con y sin ansiedad disfuncional utilizando una puntuación de corte optimizada de ≥ 9 (sensibilidad del 90% y especificidad del 85%). (25)

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
≥ 9	Con ansiedad disfuncional
<9	Sin ansiedad disfuncional

Caycho. T.y colaboradores al observar que Perú, uno de los países latinoamericanos más afectados por la pandemia. Realizó un trabajo titulado “Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud” en universidades de Lima Metropolitana en 2020, con el el objetivo de su estudio fue traducir y validar la Coronavirus Anxiety Scale (CAS) al español. Los participantes fueron 704 estudiantes universitarios de ciencias de la salud (Medad = 23.39 años, DE = 3.45) a quienes se les administró el CAS en español, el Mental Health Inventory-5 y el Patient Health Questionnaire-2 item. Los cinco ítems del CAS mostraron correlaciones ítems test total corregido aceptables (de .64 a .74). La confiabilidad por consistencia interna fue buena ($\omega = .89$; α ordinal = .89) Finalmente, el CAS excluye adecuadamente personas con y sin ansiedad. Por lo cual es un instrumento válido y confiable de screening o tamizaje. (26)

2.- SALUD MENTAL Y COVID-19

El ser humano es un ser biopsicosocial espiritual; aunque la genética proporciona el patrón general de nuestro cuerpo físico, la combinación de pensamientos, percepciones, recuerdos, emociones, voluntad y razonamiento hace que cada

mente humana sea única. Cada uno de estos elementos se desarrolla a medida que pensamos, sentimos y reaccionamos ante el mundo que nos rodea. Interaccionamos en privado con nuestros propios pensamientos y tenemos la capacidad de comunicárselos a los demás por decisión propia. (27)

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede considerarse un «estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (28)

La salud mental es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos. (29)

La pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales del 93% de los países del mundo, en tanto que aumenta la demanda de atención de salud mental, según un nuevo estudio de la OMS. (28) La pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Por otro lado, la misma COVID-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de drogas también son más vulnerables a la infección del SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte. (30)

Por otro lado, las personas que deben trabajar durante esta pandemia pueden llegar a sentirse más preocupados por sus hijos o familiares, que debido al cierre de escuelas y trabajos se encuentran solos en casa, sin atención y apoyo produciendo sentimiento de impotencia, autculpa y estigma. (31)

Los efectos que ha traído a nivel social este nuevo tipo de coronavirus han afectado a muchas personas a nivel mundial, tanto en la salud física como mental y posee un alto grado de mortalidad; varios países han tomado medidas para el cuidado y tratamiento psicológico de los ciudadanos, ya que muchos de los casos de ansiedad, depresión y estrés se han generado a raíz de la aparición del coronavirus. (32)

2.1 INVENTARIO DE SALUD MENTAL (MIH-5)

El Inventario de Salud Mental es un instrumento validado de 38 ítems desarrollado para evaluar el bienestar psicológico y la angustia en la población general, que comprende ambas facetas del BMHM en su estructura. El MHI tiene una versión breve llamada MHI-5, que comprende los cinco ítems del conjunto de ítems originales que reproducen mejor la puntuación total basada en el MHI. El MHI-5 detecta problemas de salud mental, y este último tiene la ventaja de que puede usarse no solo en encuestas de salud mental, sino también en encuestas generales de salud y calidad de vida. (33)

Los cinco ítems pertenecen al estado de ánimo durante el último mes (Anexo), evaluando la presencia de bienestar psicológico (2 ítems) y la ausencia de angustia psicológica (3 ítems con puntuación inversa). Como se recomienda en los Estándares de la APA, AERA y NCME; se utilizó un proceso iterativo que involucra la traducción de inglés a español. El puntaje total varía de 0 a 15, y los puntajes más altos indican un mayor bienestar psicológico en tanto los resultados más bajos indican lo contrario. (33)

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
≥ 4	Mayor bienestar psicológico
<4	Menor bienestar psicológico

La consistencia interna para la puntuación total de la escala del MHI-5 revisado fue de 0,78 según McDonald's Omega (Ω), mientras que el

coeficiente alfa (α) de Cronbach fue 0,71 para la puntuación total. Concluyendo que el MHI-5 es un inventario breve válido y confiable para el cribado de la salud mental en numerosos estudios con varios rangos de edad y diferentes culturas (33). Vivanco A. aplicó MIH-5 en 356 estudiantes universitarios de ciudades de Trujillo y Chimbote asociado a ansiedad por Covid-19. Los resultados muestran que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la ansiedad por COVID – 19 y la salud mental ($r = -,544$; $p \leq 0.01$) que significa mayor ansiedad por COVID – 19 hay menor salud mental en una muestra de estudiantes universitarios. (34)

3.-COVID 19 Y EL TRABAJADOR

Dentro del manual de organización y funciones de la municipalidad distrital de Socabaya; la gerencia de servicios comunales, es un órgano de línea, encargada de planificar y controlar las actividades relacionadas con los servicios públicos locales de su competencia, tales como Registro Civil, Seguridad Ciudadana, conservación y mantenimiento de complejos deportivos, limpieza pública, policía municipal, transporte y seguridad vial, para brindar buen servicio a la colectividad, así como el control de mercados.(35)

Para cumplir sus funciones tiene 4 unidades de la cual; la Unidad de Parques y Jardines, Limpieza pública y ornato se encuentran los trabajadores de limpieza pública con la denominación de trabajador de servicio, con lo cual debe tener estudios secundarios concluidos y experiencia de 02 años en labores de limpieza pública y/o mantenimiento de parques, donde su función básica es la labor de apoyo del servicio de limpieza pública, parques y jardines del distrito. (35)

El personal que ingresa elaborar en estos servicios es convocado por concurso edad mínima de 18 años, certificado 5to de secundaria, sin antecedentes judiciales y certificado de salud física emitido por el MINSA. (35)

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) en varias disposiciones del convenio núm. 155 y su recomendación ofrecen medidas de prevención y protección para mitigar los efectos negativos en la seguridad y salud en el mundo del trabajo de pandemias como la de COVID-19, como por ejemplo: los empleadores deberán suministrar ropas y equipos de protección apropiados a fin de prevenir, en la medida en que sea razonable y factible, los riesgos de

accidentes o de efectos perjudiciales para la salud (36). A pesar que se existe diferentes medidas que apoyan al personal sanitario para la labor frente el COVID, hay un olvido frente al personal no sanitario tanto en la protección personal y su salud mental.

El COVID-19 no solo afectó la salud de las personas, sino también la productividad y economía de las organizaciones a nivel nacional y mundial; muchas de las compañías han registrado un incremento de permisos de salud o muertes relacionadas con el coronavirus, por otra parte, los empleados han llegado a tener reacciones de intensidad variable en sus estados de salud mental llegando a trastornos de (Ansiedad , depresión ,estrés) debido a la preocupación e incertidumbre que causa la pandemia en el trabajo. (11)

CAPITULO II

MÉTODOS

2.1 ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El estudio de la investigación se realizó en la región de Arequipa; en el distrito de Socabaya en la Municipalidad Distrital a inicios del mes de Julio del 2021.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por todo el personal de limpieza (los barrenderos, los que recolectan y reciclan los residuos sólidos, los que fumigan los ambientes públicos, los que realizan mantenimiento de parques y jardines) que laboran en la Municipalidad Distrital de Socabaya.

- Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

-Personal de limpieza, que, en el momento del estudio, laboran en la Municipalidad de Socabaya.

-Personal de limpieza que consintieron el llenado de la encuesta.

Criterios de exclusión

-Personal de limpieza que llenara de forma incompleta la encuesta o estuvieron mal llenadas.

-Personal de limpieza que, en el momento del estudio, refiera tener historia psiquiátrica de depresión, ansiedad y/o trastornos del sueño, en los últimos 6 meses para los que siguen algún tratamiento farmacológico y/o terapia psicológica.

2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

2.3.1 Tipo de estudio

Según Altman, el estudio fue de tipo Observacional, Prospectivo, transversal, y de asociación.

2.3.2 Operacionalización de variables: variable, procedimiento o instrumento, criterios, valor final y escala

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	ESCALA	PROCEDIMIENTO Y INSTRUMENTO
Dependiente				
Salud Mental	-Mayor Bienestar psicológico -Menor bienestar psicológico	-Puntaje ≥ 4 -Puntaje < 4	<i>Ordinal</i> <i>Dicotómica</i>	<i>Mental Health Inventory-5 [MHI-5]</i>
Independiente				
Ansiedad por COVID-19	-Con Ansiedad disfuncional -Sin ansiedad disfuncional	-Puntaje ≥ 9 -Puntaje < 9	<i>Ordinal</i> <i>Dicotómica</i>	Coronavirus Anxiety Scale(CAS)
OTRAS VARIABLES				
Sexo	Femenino Masculino	Caracteres sexuales secundarios	Nominal <i>Dicotómica</i>	DNI
Edad	≤ 20 años 21-25 años 26-30 años 31-39 años 40 a + años	Fecha de nacimiento	Ordinal Politómica	DNI
Estado civil	Soltero Conviviente Casado Viudo	Condición marital	Nominal Politómica	DNI
Diagnóstico COVID-19 en la familia	SI NO	En relación a su familia con el diagnóstico de COVID-19: Tercer grado de consanguinidad	Nominal <i>Dicotómica</i>	Ficha de recolección de datos
Diagnóstico COVID-19 en amigos	SI NO	En relación a sus amigos con el diagnóstico de COVID-19	Nominal <i>Dicotómica</i>	Ficha de recolección de datos

Según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19	1 a 3 horas 3 a 5 horas 5 a 7 horas Más de 7 horas	En relación a la información sobre COVID - 19 durante las últimas 2 semanas	Ordinal Politómica	Ficha de recolección de datos
---	---	---	-----------------------	-------------------------------

2.3.3 Producción y registro de datos

Se envió una solicitud a la Municipalidad de Socabaya; en dicho documento se explicaba el motivo de la investigación. Además, se les solicitaba su aprobación para la realización del presente trabajo en su institución. Se nos presentó al Jefe de Unidad de Recursos Humanos quien nos brindó información de la cantidad aproximada de trabajadores de limpieza pública, además de darnos los números telefónicos de los responsables de cada unidad; en donde se tomó a tres grupos: trabajadores de residuos sólidos, trabajadores de parques y jardines; y trabajadores de limpieza pública.

Por motivos de pandemia, se cumplió con lo que indica el protocolo de protección de COVID- 19: uso de mascarilla, protector facial, distancia social. Se tomó el instrumento en el Estadio “Ciudad Mi Trabajo”. Con señalización de lugares de ingreso y de salida con diferente ubicación. Se cumplió con una etapa de capacitación a los responsables de cada unidad en la que el investigador expuso a cada responsable de las diferentes unidades el motivo de la investigación además se explicó cada pregunta del instrumento como el llenado correcto del mismo. Se entregó una caja que contenía el instrumento en el que estaba el consentimiento informado, el cuestionario de ansiedad de COVID-19, el Inventario de salud mental (MIH-5) y cajas de lapiceros. Durante la aplicación, no hubo algún percance o incidente. Se les indicó que al finalizar el llenado de las encuestas las dejen en su sitio y procedan a retirarse por la puerta de salida indicada. Recolectadas todas las encuestas se colocaron en una caja y fueron entregadas a mi persona; para la elaboración de bases de datos. Antes, durante y después de la aplicación se tomaron las medidas de bioseguridad.

La encuesta contenía en una sola hoja por ambas caras

El tipo de instrumento fue el cuestionario en donde se encuentra el consentimiento informado (Anexo 1), Ficha de recolección (Anexo 2), Escala de ansiedad por Covid-19 (CAS) (Anexo 3) e Inventario de salud mental (MIH-5) (Anexo 4)

- *Consentimiento Informado*: Justifica la participación voluntaria en el estudio.

- *Ficha sociodemográfica*: Para la recolección de datos de la población de estudios

- *Coronavirus Anxiety Scale [CAS]*: El CAS contiene 5 ítems y fue creada en base a artículos revisados en la literatura psicológica acerca del miedo y ansiedad, los cuales incluían contenido cognitivo (Pensamiento repetitivo; preocupación; sesgos de procesamiento; soñar; planificar), conductual (Actividades disfuncionales; evitación; conductas compulsivas), emocional (Miedo; ansiedad; enojo) y fisiológico (Trastornos del sueño; angustia somática; inmovilidad tónica;). Se utilizó la versión adaptada y validada en el Perú por Caycho T. et al (26) (En el presente estudio, el CAS muestra adecuadas evidencias de fiabilidad ($\alpha = 0.86$)), donde los participantes calificaban con qué frecuencia experimentaban cada síntoma de ansiedad en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nada a 4 = Casi todos los días durante las últimas 2 semanas). Asimismo, la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem permite obtener una puntuación total que varía entre 0 y 20, donde se discrimina bien entre personas con y sin ansiedad disfuncional utilizando una puntuación de corte optimizada de ≥ 9 (sensibilidad del 90% y especificidad del 85%) según Lee (25).

- *Mental Health Inventory-5 [MHI-5]*(33): Es una adaptación simplificada del Mental Health Inventory de 38 ítems creada para evaluar la salud mental en adultos de McHorney y Ware (37) . El inventario contiene 5 ítems que miden de manera particular, el estado de ánimo en el último mes, la percepción de bienestar psicológico y la falta de angustia. Se utilizó la versión en español, que posee una escala Likert compuesta por 4 puntos (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = varias veces y 3 = siempre) donde la pregunta 1,3,5 su puntaje es inverso. El puntaje total varía de 0 a 15, con datos más elevados que señalan un mayor bienestar psicológico, en tanto los resultados más bajos indican lo contrario. La consistencia interna del MHI-5, medida a través del coeficiente de Cronbach fue de 0.83 según Lara A. y et al teniendo una puntuación de corte optimizada de ≥ 4 . (38)

2.3.4 Aspectos éticos

Todos los participantes, previo llenado del cuestionario, son informados del propósito de la investigación, luego del cual se les solicitó aprobar su consentimiento informado por escrito.

2.3.5 Análisis estadísticos

Mediante estadística descriptiva usando programa Microsoft Excel 2020 y SPSS para generar frecuencias absolutas, relativas, análisis de variables, y gráficos. La estadística inferencial se hizo por chi cuadrado (χ^2)/IC para relacionar entre variables.

CAPITULO III

RESULTADOS

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 1:

Características sociodemográficas de los trabajadores de limpieza pública de distrito de Socabaya, Arequipa en Pandemia 2021.

Características Sociodemográficas	Población :83	
	N	%
SEXO		
- Masculino	37	44.6
- Femenino	46	55.4
EDAD		
- ≤20 años	00	00.0
- 21-25 años	01	1.2
- 26-30 años	02	2.4
- 31-39 años	19	22.9
- 40 a más años	61	73.5
ESTADO CIVIL		
- Soltero	33	39.7
- Conviviente	26	31.3
- Casado	21	25.3
- Viudo	03	3.7
DX. COVID-19 EN LA FAMILIA		
- Si	42	50.6
- No	41	49.4
DX. COVID-19 EN AMIGOS		
- Si	54	65.1
- No	29	34.9
INFORMACION SOBRE COVID-19		
- 1 a 3 horas	41	49.4
- 3 a 5 horas	13	15.6
- 5 a 7 horas	12	14.5
- + de 7 horas	17	20.5

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 2:

Frecuencia de Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

VARIABLE	N	%
SALUD MENTAL		
- Mayor Bienestar psicológico	71	85.6
- Menor Bienestar psicológico	12	14.4
Total	83	100%
VARIABLE	N	%
ANSIEDAD POR COVID-19		
- Con ansiedad disfuncional	22	26.5
- Sin ansiedad disfuncional	61	73.5
Total	83	100%

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 3:

Relación entre el factor: EDAD con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

EDAD	ANSIEDAD POR COVID-19				TOTAL	
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional			
	N	%	N	%		
21- 25 años	1	100	0	0	1	100%
28- 30 años	1	50	1	50	2	100%
31- 39 años	14	79	5	21	19	100%
40 a + años	45	73.8	16	26.2	61	100%
	61	73.5	22	26.5	83	

X²:0,539 p:0,910

EDAD	SALUD MENTAL				TOTAL	
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico			
	N	%	N	%		
21- 25 años	01	100	0	0.0	01	100%
28- 30 años	02	100	0	0.0	02	100%
31- 39 años	16	84.2	3	15.8	19	100%
40 a + años	52	85.2	12	14.8	61	100%
	71	85.5	12	14.5	83	

X²:0,930 p:0,818

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 4:

Relación entre el factor: SEXO con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

SEXO	ANSIEDAD POR COVID-19					
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional		TOTAL	
	N	%	N	%		
Femenino	31	57.4	15	32.6	46	100%
Masculino	30	81.1	7	18.9	37	100%
	61	73.5	22	26.5	83	100%

X²:1,973 p:0,160

SEXO	SALUD MENTAL					
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico		TOTAL	
	N	%	N	%		
Femenino	38	82.7	8	17.3	46	100%
Masculino	33	89.1	4	10.9	37	100%
	71	85.5	12	14.5	83	

X²:0,718 p:0,397

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 5:

Relación entre el factor: ESTADO CIVIL con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

ESTADO CIVIL	ANSIEDAD POR COVID-19				TOTAL	
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional			
	N	%	N	%		
Soltero	24	42.5	19	57.5	33	100%
Conviviente	20	76.9	6	23.1	26	100%
Casado	15	71.4	6	28.6	21	100%
Viudo	2	66.7	1	33.3	3	100%
	61	73.5	22	26.5	83	100%

X²:0,285 p:0,963

ESTADO CIVIL	SALUD MENTAL				TOTAL	
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico			
	N	%	N	%		
Soltero	29	87.9	4	12.1	33	100%
Conviviente	20	87	6	23	26	100%
Casado	20	95.3	1	4.7	21	100%
Viudo	2	66.7	1	33.3	3	100%
	71	85.5	12	14.5	83	100%

X²:4,168 p:0,244

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 6:

Relación entre el factor: Dx. COVID-19 EN LA FAMILIA con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

DX. COVID-19 EN LA FAMILIA	ANSIEDAD POR COVID-19				TOTAL	
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional			
	N	%	N	%		
SI	29	69.1	13	30.9	42	100%
NO	32	78.1	9	21.9	41	100%
	61	73.5	22	26.5	83	100%

X²:0,863 p:0,353

DX. COVID-19 EN LA FAMILIA	SALUD MENTAL				TOTAL	
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico			
	N	%	N	%		
SI	34	81	8	19	42	100%
NO	37	90.3	4	9.7	41	100%
	71	85.5	12	14.5	83	100%

X²:1,448 p:0,229

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 7:

Relación entre el factor: Dx. COVID-19 EN AMIGOS con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

DX. COVID-19 EN AMIGOS	ANSIEDAD POR COVID-19				TOTAL	
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional			
	N	%	N	%		
SI	37	68.6	17	31.4	54	100%
NO	24	82.8	5	17.2	29	100%
	61	73.5	22	26.5	83	100%

X²:1,964 p:0,161

DX. COVID-19 EN AMIGOS	SALUD MENTAL				TOTAL	
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico			
	N	%	N	%		
SI	45	83.3	9	16.7	54	100%
NO	26	89.7	3	10.3	29	100%
	71	85.5	12	14.5	83	100%

X²:0,448 p:0,435

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 8:

Relación entre el factor: INFORMACIÓN SOBRE COVID-19 con Ansiedad por COVID-19 y Salud Mental en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

Según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19	ANSIEDAD POR COVID-19				TOTAL	
	Sin ansiedad disfuncional		Con ansiedad disfuncional			
	N	%	N	%		
1 a 3 horas	33	80.5	8	19.5	41	100%
3 a 5 horas	8	61.6	5	38.4	13	100%
5 a 7 horas	7	58.4	5	41.6	12	100%
Más de 7 horas	13	76.5	4	23.5	17	100%
	61	73.5	22	26.5	83	

X²:3,447 p:0,324

Según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19	SALUD MENTAL				TOTAL	
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico			
	N	%	N	%		
1 a 3 horas	33	80.5	8	19.5	41	100%
3 a 5 horas	11	84.7	2	15.3	13	100%
5 a 7 horas	12	100	0	0.0	12	100%
Más de 7 horas	15	88.2	2	11.8	17	100%
	71	85.5	12	14.5	83	

X²:2,984 p:0,394

ANSIEDAD POR COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LIMPIEZA PÚBLICA DEL DISTRITO DE SOCABAYA, AREQUIPA EN PANDEMIA 2021

TABLA 8:

Relación entre el factor: ANSIEDAD POR COVID-19 con SALUD MENTAL en trabajadores de limpieza pública del Distrito de Socabaya, Arequipa

ANSIEDAD POR COVID-19	SALUD MENTAL					
	Mayor Bienestar psicológico		Menor Bienestar psicológico		TOTAL	
	N	%	N	%		
	Sin ansiedad disfuncional	55	90.1	6	9.8	61
Con ansiedad disfuncional	16	72.7	6	27.3	22	100%
	71	85.5%	12	14.5%	83	100%

X²:3,975 p:0,046

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La cantidad de trabajadores de limpieza pública en el distrito de Socabaya que participaron en la investigación son 83 personas; todos ellos aceptaron mediante el consentimiento informado y cumplieron con los criterios de elegibilidad.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los trabajadores de limpieza pública del distrito del Socabaya, Arequipa; donde se observa que el promedio de las edades de la población es 46 años, siendo el grupo etario mayor de 40 años (73.5%), sexo femenino (55.4%), soltero (39.7%), si tuvieron algún miembro de la familia (50.6%) y amigo (65.1%) con COVID-19, y según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19 fue un intervalo de 1-3 horas (49.4%) durante las últimas 2 semanas el más prevalente dentro de la población de estudio.

La tabla 2 indica los resultados dados por la escala de ansiedad por Covid19, donde 22 (26.5%) trabajadores de limpieza presentaron ansiedad disfuncional por Covid19 y 61 (73.5 %) no presentan ansiedad por Covid19; en comparación con trabajos de investigación como Monterrosa y colaboradores en su estudio realizado en Colombia a 531 donde se aplicó la Escala para el trastorno de ansiedad generalizada(GAD-7) a médicos generales donde se observó que el 72.9% de su población presentaban síntomas de ansiedad (11) . Jiambo Lai en su estudio realizado en China en 1257 trabajadores de salud para evaluar su salud mental, en el caso de síntomas de ansiedad, mediante el (GAD-7), obteniendo que 560 (44.6%) tenían síntomas de ansiedad (12). Por último, Samaniego en sus estudios determinar la prevalencia depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga en 126 trabajadores sanitarios; donde la ansiedad se evaluó con (GAD-7) obteniendo 41.3% tenían ansiedad (13). Estos resultados en comparación a lo obtenido en nuestro estudio, difieren y esto puede ser debido que los tres estudios mencionados anteriormente fueron realizados a inicios de la pandemia, donde la población vivía en un tiempo incertidumbre, un periodo de cuarentena, el contacto entre nuestros familiares y amigos era más estricta y alejada, la tasa de morbilidad y mortalidad aumentaba cada día ; ocasionando que los niveles de ansiedad fueran muy altos, especialmente en

trabajadores que tenían un contacto directo con el COVID-19. Por otro lado en los tres estudios anteriores no se puede inferir el impacto que tiene la enfermedad producido por el COVID-19 en relación a la ansiedad, es decir de repente la ansiedad en trabajadores estuvo presente antes de la pandemia pero no fue medida en ese momento; por lo cual no podemos determinar si el COVID-19, de los casos de ansiedad que ya había, produjo un aumento significativo. Es por eso Lee. A con su escala de ansiedad por COVID-19 permite identificar de manera confiable los casos probables de ansiedad disfuncional asociado con la enfermedad del Coronavirus. Donde toma 5 síntomas prevalente de todos los trastornos de ansiedad a partir Manual diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-5) forma un instrumento de tamizaje o screening. Por lo que en nuestro estudio; los trabajadores limpieza que hayan obtenido ansiedad disfuncional, son un grupo de riesgo que debe ser estudiado y examinado por un profesional especializado. (25)

En la tabla 2 también indica los resultados dados por el Inventario de Salud Mental, en donde 71 (85.6%) trabajadores de limpieza pública tienen mayor bienestar psicológico y 12(14.4%) tiene menor bienestar psicológico; resultados similares encontró Pacheco E. en su estudio que realizo en trabajadores de limpieza pública de la Municipalidad de Independencia, en su cuestionario de Calidad de Vida (SF36), una de las dimensiones que se tomo fue Salud Mental donde 83.3% de su población obtuvo una buena salud mental, pero sus otras dimensiones como rol físico, vitalidad, función social, rol emocional estaba disminuido, llegando a la conclusión que tiene baja calidad de vida debido a los peligros y riesgo que se exponen a diario(16). La salud mental es el proceso dinámico de bienestar; donde incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal en este caso la pandemia por el COVID-19 (7). En este caso a pesar del tiempo que ha transcurrido desde el inicio de la pandemia, los diferentes problemas sociales, económicos, políticos que trajo el COVID-19; la mayoría de trabajadores de limpieza pública se adaptaron a esta situación difícil mientras que un porcentaje menor todavía no.

La tabla 3 ,4, 5 muestra la relación de los factores: edad, sexo, estado civil con ansiedad con COVID-19 y salud mental en los trabajadores de limpieza pública. En relación a la edad, el grupo etario de 40 a + años ,16(26.2%) presento ansiedad disfuncional y 12 (14.8%) menor bienestar psicológico seguido del grupo etario 31-39 años ;5 (21%) presentaron ansiedad disfuncional y 3 (15.8%) menor bienestar psicológico; esto podría significar que los participantes mayores de edad eran conscientes de que si se contagian por COVID-19, tiene menos oportunidad de recuperarse; por lo cual tiene sentimiento de ansiedad y temor cada día al realizar su labor. En relación al sexo femenino presento ansiedad disfuncional 15(32.6%) y 8 (17.3%) menor bienestar psicológico en tanto el sexo masculino presento 7(18.9%) ansiedad disfuncional y 4(10.9%) menor bienestar psicológico; con tendencia un poco mayor en relación al sexo femenino. Y por último el estado civil soltero, 19(57.5%) presento ansiedad disfuncional y 4(12%) menor bienestar psicológico seguido de estado civil conviviente donde 6 (23.1%) presento ansiedad disfuncional y 6 (23%) presento menor bienestar psicológico. Estadísticamente no se encontró una asociación significativa en relación a edad, sexo, estado civil. Contrario a nuestro estudio, Huang Y (14) en su investigación alega que las personas de < 35 años tuvieron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad. Comparando con otros estudios tanto Jiambo Lai (12) y Samaniego (13) afirma que presentaron un mayor riesgo de ansiedad y bajo salud mental fueron mujeres, y además de ser de menor edad o ser joven. Malesza M, en su estudio determino que al tener hijos y estar casado o convivir se relacionó con una mayor ansiedad debido a la preocupación de las personas con respecto a la salud de sus hijos y parejas (24).

La tabla 6,7 muestra la relación de los factores: Diagnósticos de COVID19 en familia y amigos con ansiedad por COVID-19 y salud mental en los trabajadores de limpieza pública. En relación al diagnóstico de COVID19 en la familia; los que, si tuvieron algún familiar con COVID19, 13 (30.9%) presento ansiedad disfuncional y 8(19%) menor bienestar psicológico. Además de los que no tuvieron ningún familiar con COVID19, 9(21.9%) presento ansiedad disfuncional y 4 (9.7%) menor bienestar psicológico. Por otro lado, en relación al diagnóstico de COVID19 en amigos; los que si tuvieron un amigo con COVID19; 17(31.4%) presentaron ansiedad disfuncional y 9 (16.7%) menor bienestar psicológico.

Además de los que no tuvieron ningún amigo con COVID-19; 5(17.2%) presentaron ansiedad disfuncional y 3 (10.3%) menor bienestar psicológico. Eso podría significar que al tener algún miembro de la familia ó amigos con el diagnóstico de COVID-19, puede generar un impacto negativo en su bienestar emocional, debido a que afecta su entorno social más cercano. Por lo que puede generar deserción laboral o la renuncia de su lugar de trabajo con el fin de salvaguardar la vida de su familia. Estadísticamente no se encontró una asociación significativa en relación a diagnóstico de COVID-19 en la familia y amigos en nuestro estudio. En comparación en el estudio de Vivanco A., donde se hubo correlación entre diagnóstico de Covid-19 en familia y amigos con ansiedad por Covid-19, pero no con salud mental; podemos inferir que al tener un familiar enfermo o amigo puede generar mayor ansiedad. (34)

La tabla 8 muestra la relación del factor: Información sobre COVID-19 con ansiedad por COVID-19 y salud mental en los trabajadores de limpieza pública. Según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19 por diferentes medios de comunicación durante las últimas 2 semanas. Los trabajadores que pasaron 1 a 3 horas, 8(19.5%) presentaron ansiedad disfuncional y 8(19.5%) menor bienestar psicológico y los que pasaron más de 7 horas, 4(23.5%) presentaron ansiedad disfuncional y 2(11,8%) menor bienestar psicológico. Con esto explica que mayormente los trabajadores de limpieza piensan, ven o escuchan información del COVID pocas horas; según referencia del supervisor de unidad; por que intenta evadir o no escuchar información sobre el COVID-19 porque le produce molestias, tristeza y cansancio por toda la situación que se está viviendo en la región de Arequipa en estos últimos días. Malesza. M. en su población de estudio vio que mayormente utilizaban la televisión e internet como medio de comunicación para obtener información sobre COVID-19, permitía un camino de comportamiento saludable y reducción de la propagación de contagio, sin embargo, prolongada exposición de información producía mayor miedo y ansiedad entre sus participantes (24). Estadísticamente no se encontró una asociación significativa en relación a exposición a la información por COVID-19 en nuestro estudio. Comparando con el estudio de Vivanco A.; en universitarios que pasan más de 7 horas pensando, visualizado u oído información sobre el coronavirus si hubo una relación con

ansiedad por Covid19 pero no con salud mental. Esto podría significar que a mayor exposición de información sobre el Covid19 produce mayor ansiedad. (34)

La Tabla 9 se muestra la relación del factor: Ansiedad por COVID19 con salud mental en los trabajadores de limpieza pública; con la finalidad de encontrar una correlación causa- efecto entre las 2 variables del estudio. Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables con $X^2: 3,975$ y $p < 0,05$. En comparación a lo obtenido en su estudio realizado por Vivanco A.; se semejan; ya que hubo una relación entre ansiedad por COVID y salud mental en estudiantes universitarios. (34)

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características sociodemográficas de los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa en pandemia 2021 fueron en la población, más prevalente, el sexo femenino, edad mayor de 40 años a más, soltero, si tuvieron algún familiar y amigo con diagnóstico de COVID-19; y según haya pensado, visto y escuchado información sobre COVID-19 fue un intervalo de 1-3 horas durante las últimas 2 semanas.

SEGUNDA: El 26% presentó ansiedad disfuncional por COVID-19 y 14% menor bienestar psicológico en los trabajadores de limpieza pública del distrito de Socabaya, Arequipa.

TERCERA: Las variables: edad, sexo, estado civil, diagnóstico de COVID-19 en la familia y amigos; y exposición a la información sobre COVID-19 no presentaron una asociación estadísticamente significativa con ansiedad por COVID-19 ni salud mental.

CUARTA: Hay una correlación estadísticamente significativa, entre la ansiedad por COVID-19 y la salud mental en trabajadores de limpieza pública. Por lo cual se concluye que a mayor ansiedad por COVID-19 hay menor bienestar psicológico en trabajadores de limpieza pública.

5.3 RECOMENDACIONES

- Realizar trabajos de investigación en torno a trabajadores de limpieza de diferentes distritos de la provincia de Arequipa, con la finalidad de ver el impacto en relación a la ansiedad por Covid-19 y salud mental.

- Identificar a los trabajadores de limpieza pública que obtuvieron ansiedad disfuncional o menor bienestar psicológico; debe ser visto por un profesional especializado en salud mental para determinar algún tipo de trastorno y dar el tratamiento o rehabilitación oportuna.
- Realizar sesiones de capacitación integral por parte de la municipalidad hacia los trabajadores de limpieza pública; que incluya temas de bioseguridad, cuidado de la salud mental, problemas ergonómicos, información actualizada sobre el Covid-19 en conjunto con instituciones de salud mental (CSMC); además de informar al Centro de salud del distrito de Socabaya sobre los resultados del presente trabajo de Investigación, para que aplique la “Guía de Salud Mental del MINSA para la población en tiempo de Pandemia”; a los trabajadores de limpieza pública que laboran en Municipalidad Distrital de Socabaya

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Observaciones del Director General en la rueda de prensa sobre 2019-nCoV. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
2. Diario El Peruano. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. [Internet]. [citado 2021 Junio 16. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
3. Ministerio de Salud (MINSA). Sala situacional. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
4. Marquina R, Jaramillo L. COVID-19: Quarantine and Psychological Impact on the population. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452>.
5. McKibbin WJ, Levine D. Simple steps to reduce the odds of a global catastrophe. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: <https://www.brookings.edu/opinions/simple-steps-to-reduce-the-odds-of-a-global-catastrophe/>.
6. McKibbin W, Fernando. The Global Macroeconomic Impacts of COVID-19: Seven Scenarios. CAMA Working Paper. 2020 February; 2(19). DOI: https://doi.org/10.1162/asep_a_00796
7. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la Salud Mental en Situaciones de Epidemias. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>.
8. Monzón G, Pacheco M, Miaury A, Pinto H, Torres S. Riesgos laborales en personal de limpieza pública durante el Covid-19. Universidad, Ciencia y Tecnología. 2021 Marzo; 25(108). DOI: 10.47460/UCT.V25I108.432
9. Diario El Peruano. DECRETO SUPREMO N° 017-2017-TR. [Internet]. [citado 2021 Mayo 05. Disponible en : <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-de-decreto-supremo-n-017-2017-tr-1551410-1/>.
10. Sánchez A, Sánchez F, Ruiz D. Riesgos laborales en las empresas de residuos sólidos en Andalucía: una perspectiva de género. Saúde e Sociedade. 2017; 26(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162878>.
11. Monterrosa A, Dávila R, Mejía A, Contreras J, Mercado M, Florez C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.

Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2020 Agosto; 23(2). DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>

12.Jiambo L, Simeng M, Ying W, Zhongxiang C, Jianbo H, Ning W, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open*. 2020 Marzo; 3(3). DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

13.Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores de salud en Paraguay: efecto COVID-19. *Interamericana de Psicología*. 2020 Mayo; 54(01). DOI:10.30849/ripijp.v54i1.1298

14.Huang Y, Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychol Health Med*. 2021 January; 26(1). DOI: 10.1080/13548506.2020.1754438

15. Ochoa K, Bravo. Estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de una empresa nacional durante la emergencia sanitaria por COVID - 19". Tesis para optar el Título de Psicología. Cuenca: Universidad del Azuay, Escuela de Psicología Clínico; 2020.Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10519>

16. Peralta E. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de limpieza pública dedicados a la recolección de residuos sólidos en la municipalidad de Independencia. Tesis para optar Título de enfermería. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela Profesional de Enfermería ; 2017.Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/11971>

17: Loaiza CA, Garces MI. Ansiedad y estrés en efectivos policiales durante la emergencia sanitaria COVID19, Cuzco. Tesis para optar el Título de Psicología. Ica: Universidad autónoma de Ica, Programa académico de psicología; 2020. Disponible en <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/866>

18. Navas W, Vargas MJ. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012 Marzo; 69(604).

19. Craske M, Stein M, Eley T, Miland M, Holmes A, Rapee R, et al. Anxiety disorders. *Nature reviews. Disease primers*. 2017 May; 4(3). DOI: 10.1038/nrdp.2017.24.

20. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Quinta edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

21.AMBOSS. Anxiety disorders. [Internet].[citado 2021 Mayo 04.Disponible en: <https://next.amboss.com/us/article/kP0mUT?q=anxiety%20disorders>.

22. Rojo J. Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés. Primera ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017.

- 23.** Bendau A, Petzold M, Wyka S, Pyrkosh L, Plag J, Strohle A. Anxiety in times of COVID-19 and other health crises. *Der Nervenarzt*. 2021 May; 92(5). DOI: 10.1007/s00115-020-01030-8
- 24.** Malesza M, Kaczmarek M. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Personality and Individual Differences*. 2020 September; 170(1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110419>
- 25.** Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*. 2020 April; 44(7). DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481
- 26.** Caycho T, Barboza M, Ventura J, Carbajal C, Noé M, Gallegos M, et al. Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad y Estrés*. 2020 Diciembre; 26(2). DOI: 10.1016/j.anyes.2020.08.001
- 27.** Womble D. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA DE LA SALUD MENTAL. Segunda ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, S.A.; 2011.
- 28.** Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecimiento de la promoción de la salud mental. [Internet]. [citado 2021 Mayo 16. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- 29.** Diario El Peruano. Ley de la salud mental N° 30947. [Internet]. [citado 2021 Mayo 10. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>.
- 30.** Organización Mundial de la salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.
- 31.** THE LANCET. COVID-19: fighting panic with information. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30379-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30379-2/fulltext#%20).
- 32.** Giesecke J. COVID-19—a very visible pandemic. [Internet].; 2020 [citado 2021 Mayo 4. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31677-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31677-9/fulltext).
- 33.** Rivera M, Cuijpers P. The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Research*. April 2019; 274(1). DOI: 10.1016/j.psychres.2019.02.045
- 34.** Vivanco A. Ansiedad por COVID - 19 y Salud Mental en Estudiantes Universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote. Tesis para optar el Título de Psicología. Lima: Universidad de Ciencias Aplicadas, Facultad de Psicología ; 2020.URL <http://hdl.handle.net/10757/653536>

- 35.** Municipalidad Distrital de Socabaya. Manual de organización y funciones. [Internet]. [citado 2021 Mayo 11. Disponible en: <http://www.munisocabaya.gob.pe/wpcontent/uploads/Instrumentos%20de%20gestion/MOF/MOF%20%202014%20APROBADO%20CON%20D.%20ALC.%20N%20002-2014%20MDS%20De%20fecha%2005%20marzo%20de%202014%20MDS.pdf.pdf>.
- 36.** Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores. [Internet]. [citado 2021 Mayo 04. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:p12100_instrument_id:312300.
- 37.** McHorney CA, Ware JE. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. Medical Care. 1995 January; 33(1). DOI: 10.1097/00005650-199501000-00002
- 38.** Lara A, Navarro , Mondragón L, Angélica N, Lara R. Validez y Confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. Salud Mental. 2002 Diciembre; 25(6). Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam026b.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Señor(a):

Yo Alvaro Kristian Ramos Sosa; con el DNI 72529379, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y estamos realizando esta encuesta con el fin de determinar la relación entre ansiedad COVID y salud mental en trabajadores de limpieza del distrito de Socabaya por lo cual solicitamos que puedas responder a todas las preguntas del cuestionario.

Estoy de acuerdo de realizar esta encuesta:

Si () No ()

Es completamente **ANÓNIMO**.

Agradecemos su colaboración

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- EDAD: _____

2.- SEXO

Masculino () Femenino ()

3.- Estado civil

Soltero () Casado () Conviviente () Viudo ()

4.- Diagnóstico COVID – 19 en la familia

() Si
() No

5.- Diagnóstico COVID – 19 en los amigos

() Si
() No

6.- Horas ha pensado, visto o escuchado información sobre COVID – 19 durante las últimas 2 semanas.

() 1 a 3 horas
() 3 a 5 horas
() 5 a 7 horas
() Más de 7 horas

ANEXO 3

CORONAVIRUS ANXIETY SCALE (CAS; Lee, 2020a)

¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes actividades en las últimas 2 semanas?

1. Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

2. Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

ANEXO 4

MENTAL HEALTH INVENTORY-5

	<i>Mental Health Inventory-5 MHI-5</i>			
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido muy nervioso?	Nunca (3)	A veces (2)	Varias veces (1)	Siempre (0)
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tranquilo y en paz?	Nunca (0)	A veces (1)	Varias veces (2)	Siempre (3)
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido desanimado o triste?	Nunca (3)	A veces (2)	Varias veces (1)	Siempre (0)
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido feliz?	Nunca (0)	A veces (1)	Varias veces (2)	Siempre (3)
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada lograba animarte?	Nunca (3)	A veces (2)	Varias veces (1)	Siempre (0)



MUNICIPALIDAD DE
SOCABAYA

Calle San Martín Mza. L, Lote. 12 - PT. de Socabaya
Telef.: (054) 435655
Arequipa - Perú

Nº Expediente: 00005834

Señor Alcalde de la
Municipalidad Distrital de
Socabaya

Yo Alvaro Kristian Ramos Sosa

Identificado con DNI 72529379 y domiciliado en Cooperativa
Cristo Rey Mz J lote 8 Paucarpata.

Ante usted, con el debido respeto me presento y expongo que recorro a su despacho
para solicitar:

Que siendo Bachiller de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional de San Agustín de
Arequipa, he realizado un Proyecto de Investigación
con el título "Ansiedad Por COVID19 y salud mental
en trabajadores de limpieza pública del distrito
de Socabaya Arequipa en Pandemia 2021" es por
ello que solicito aplicar el instrumento correspon-
diente antes mencionado.

Para lo cual cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1- Copia de DNI
- 2- Copia de Registro de Bachiller por SUNEDU
- 3- Copia del Proyecto
- 4- Dictamen de aprobación de proyecto

Por lo Expuesto:

Sírvase Ud. Señor Alcalde, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Socabaya, 25 de JUNIO del 2021

Expediente:

00005834

Fecha:

28/06/2021

Administrado:

RAMOS ROSAS ALVARO K.

Asunto:

Aplicar instrumento de proyecto de investigación

Documento:

SOLICITUD - 0

Destino:

ZEBALLOS PORTUGAL MIGUEL ANGEL HARLY - UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

FIRMA

DNI: 72529379

Teléfono o celular: 923291707