UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. LIMA 2020"

Tesis presentada por el Maestro: Wuilbert Javier Franco Miranda para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias: Salud Pública

ASESORA: Dra. Zeida Angela Cáceres Cabana

AREQUIPA – PERU

2021

DEDICATORIA

A Dios y a mi Madre que está en el cielo, por enseñarme el camino de la perseverancia, por protegerme y acompañarme siempre.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por ser mi fortaleza y apoyo incondicional.

A mi hija que con su crecimiento nos hace ver como se estructuran nuestras vidas en todos sus aspectos, a mi hermana por su preocupación y desprendimiento, a Betsi por su gran responsabilidad y apoyo en mis emprendimientos, a mi padre que siempre me apoya y a Geraldine que calladita expresa muchas cosas.

CONTENIDO

DEDICATORIA i
AGRADECIMIENTO ii
RESUMEN iv
ABSTRACT v
INTRODUCCION 1
CAPITULO I 5
MARCO TEORICO 5
1.1. FUNDAMENTO TEÓRICO 5
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 26
CAPITULO II 31
2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO 31
2.3. Técnicas y Procedimientos 32
2.4. INSTRUMENTOS 33
CAPITULO III 36
RESULTADOS 36
CAPITULO IV 44
DISCUSION 44
CAPÍTULO V 54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 54
5.1. CONCLUSIONES 54
5.2. RECOMENDACIONES 55
ANEXOS 59

RESUMEN

Los problemas de salud mental en el personal de salud están representados por casos de depresión y ansiedad, en todos los países a nivel mundial, los hallazgos son consecuencia del impacto que ha tenido el Covid-19 en especial en el personal médico. **Objetivo**, determinar la asociación entre factores sociodemográficos y síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. **Método**, La población de estudio estuvo conformada por 88 médicos colegiados en actividad de Lima, que trabajan en áreas Covid-19. Criterios de Inclusión: Médicos que consintieron el llenado de la encuesta virtual y en actual actividad. Criterios de Exclusión: Médicos que refirieron tratamiento psiquiátrico. El instrumento, Síntomas de depresión, PHQ-9 (Patient Health Questionnarie-9), Consta de 9 ítems, el puntaje total varía de 0 a 27, dividiéndose en intervalos. Síntomas de ansiedad, GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) validado en Perú con un alfa de Cronbach de 0,89, Consta de 7 ítems Resultados, Presentaron 45,50%síntomas de depresión moderado/severo, 59,10% síntomas de ansiedad. 60% de mayores de 60 años, y 48,30% de mujeres tienen síntomas graves de depresión. el 54,90% de casados o convivientes y el 48,90% de médicos especialistas tienen síntomas de depresión moderado a grave, con $P<0.05$ relación significativa. El 65,50% de médicas entre 46 a 60 años, 76.50% de casados y 68,90% de especialistas demostraron ansiedad. El 57,80% de médicos que trabajaban en servicio COVID-19, 50,80% de los que son jefes de familia, 51,50% de médicos que trabajaban en más de un centro asistencial demostraron depresión moderada a severa, con $P<0.05$ relación significativa. El 68,90% de los que trabajaron en servicio COVID, 66,10% de los que son jefes de hogar, 66,70% de médicos con más de un centro laboral activo, se encontraron con síntomas de ansiedad con relación estadísticamente significativa $P<0.05$.

Conclusión, Los Factores como ser residente, trabajar en primer nivel de atención, ser jefe de hogar, trabajar en más de un hospital, trabajar en servicio Covid-19 están relacionados con síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: síntomas de depresión y de ansiedad, médicos que laboran en hospital COVID-19.

ABSTRACT

Mental health problems in health personnel are represented by cases of depression and anxiety, in all countries worldwide, the findings are a consequence of the impact that Covid-19 has had, especially in medical personnel. **Objective**, to determine the association between sociodemographic factors and symptoms of anxiety and depression in medical care personnel in times of pandemic. **Method**, the study population was made up of 380 registered doctors in activity from Lima, who work in Covid areas. Inclusion Criteria: Doctors who consented to fill out the virtual survey and are currently active. Exclusion Criteria: Physicians who referred psychiatric treatment. The instrument, Symptoms of depression, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), consists of 9 items, the total score varies from 0 to 27, divided into intervals. Anxiety symptoms, GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) validated in Peru with a Cronbach's alpha of 0.89, It consists of 7 items Results, 45.50% showed moderate / severe depression symptoms, 59.10% symptoms of anxiety. 60% of those over 60 years of age, and 48.30% of women have severe symptoms of depression. 54.90% of married or cohabitants and 48.90% of specialist doctors have symptoms of moderate to severe depression, with P <0.05 significant relationship. 65.50% of doctors between 46 and 60 years old, 76.50% of married women and 68.90% of specialists showed anxiety. 57.80% of doctors who worked in Covid service, 50.80% of those who are heads of family, 51.50% of doctors who worked in more than one healthcare center showed moderate to severe depression, with P <0.05 relationship significant. 68.90% of those who worked in Covid service, 66.10% of those who are heads of household, 66.70% of doctors with more than one active workplace, found anxiety symptoms with a statistically significant relationship P <0.05.

Conclusion, Factors such as being a resident, working in the first level of care, being the head of the household, working in more than one hospital, working in a Covid-19 service are related to symptoms of anxiety and depression. **Key words**: symptoms of depression and anxiety, doctors working in a covid-19 hospital

INTRODUCCION

La depresión y la ansiedad en el personal de salud está siendo devastadora, en todos los países a nivel mundial, los hallazgos resaltan el profundo impacto que ha tenido el COVID-19 en la salud mental del personal de primera línea, urge una intervención directa tanto de las autoridades en salud como del gobierno central, para un acceso fácil de los servicios de salud mental, esta desatención podría repercutir negativamente en la salud y vida del personal de sus familias y de los pacientes.

Desde que el 31 de diciembre del 2019, se notificó en Wuhan, una provincia de Hubei, en China, por primera vez la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) que es causada por un nuevo beta-coronavirus conocido como síndrome respiratorio agudo severo ocasionado por el Coronavirus 2 (Sars-Cov2) (1). El primer caso de COVID-19 en Perú se reportó el viernes 6 de marzo del 2020, el 7 de marzo, el primer caso en Arequipa, posteriormente, el 11 de marzo el gobierno peruano decreto medidas de aislamiento social obligatorio o confinamiento, mediante Decreto Supremo N°008-2020-SA (2). El Ministerio de Salud (Minsa) informó este jueves 17 de junio del 2021 se elevó a 189.757 la cifra de fallecidos por coronavirus (COVID-19) en el país. Se trata de 147 nuevos decesos frente al reporte de la víspera. Además, informó que se incrementó en 4.526 los contagios (2020 en las últimas 24 horas), por lo que el número total de personas infectadas llega a 2.019.716 .con 487 médicos fallecidos a nivel nacional y 38 en Arequipa (3).

La OMS declaró emergencia sanitaria mundial, el 30 de enero del 2020, significa que el brote afecta a más de un país y que las acciones que se tomen para enfrentar la enfermedad son de carácter internacional, en un estudio del Reino Unido reportan que uno de cada siete trabajadores de salud de primera línea presentaba pensamientos

de que estarían mejor muertos o de hacerse daño de alguna manera (4). El personal médico está sometido a factores sociodemográficos estresores tales como la sobrecarga de trabajo, miedo al contagio personal y de familiares, deficiencia en el equipamiento, inseguridad laboral, ingresos laborales bajos que obliga a trabajar hasta en más de dos lugares, escases de personal médico especializado, etc. El estrés pone en riesgo la salud mental del personal médico y del personal de salud en general. Antes de la pandemia de COVID-19, muchos trabajadores médicos ya luchaban con crisis de salud mental, en un estudio en México, “Prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes residentes de diferentes especialidades” se encontró 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio (5)

Más de la mitad de médicos en Estado Unidos sufren de ansiedad y depresión directamente relacionados con el trabajo especialmente en las especialidades de cuidados intensivos y medicina de emergencia. Un tercio de las enfermeras estadounidenses también manifestaron sentirse mal mentalmente, depresivas o ansiosas o que se sentían agotadas en el trabajo, se estima que cada año, entre 300 y 400 médicos mueren por suicidio, un número equivalente a un médico por día (6).

Según la publicación por la Comisión Nacional de Salud de China, los trabajadores de salud de primera línea que participaron directamente en el diagnóstico, tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19, corrieron mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión y otros síntomas de salud mental. El número cada vez mayor de casos confirmados y sospechosos, la abrumadora carga de trabajo, el agotamiento del equipo de protección personal, la amplia cobertura de los medios de comunicación, la falta de medicamentos específicos y la sensación de no recibir apoyo pueden contribuir a la carga mental de estos trabajadores de la salud (7).

Condori A.., en un estudio de “Asociación entre la exposición al COVID -19 y la

presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa", encontró que el sexo femenino, de (8). Edad promedio 29 años, el tener alguna enfermedad crónica, la presencia de algún colega infectado y el manejar pacientes infectado, presentaron en mayor proporción síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, con severidades de leves a moderadas. Concluye la existencia de asociación entre la exposición al COVID -19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (8).

Lai, del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zhejiang en Hangzhou, China, y sus colegas recopilaron datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 y encontraron que los médicos, enfermeras y trabajadores de salud que atendieron directamente a pacientes sospechosos o diagnosticados con COVID-19 tuvieron altas tasas de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia. La protección de los trabajadores de la salud es un componente importante de las medidas de salud pública para abordar la epidemia de COVID-19. Las intervenciones especiales para promover el bienestar mental en los trabajadores de la salud expuestos al COVID-19 deben implementarse de inmediato, y las mujeres, las enfermeras y los trabajadores de primera línea requieren atención especial (7).

Por otro lado, el estigma es lo que nos impide pedir ayuda. Como resultado, de una falsa cultura médica que enseña a reprimir cualquier emoción y mantener una imagen estoica, muchos médicos no buscan ayuda profesional para problemas de salud mental. Además del estigma, los médicos, enfermeras temen las repercusiones profesionales al buscar asesoramiento sobre salud mental. Las repercusiones pueden variar desde ser considerados débiles, hasta la pérdida de su trabajo (6).

Las tensiones de la pandemia han tenido consecuencias trágicas, incluida la reciente

muerte por suicidio de la Dra. Lorna Breen, quien publicó un artículo el año pasado relacionado a la atención al equipo de emergencias para disminuir el agotamiento de los médicos. Después de su muerte, una avalancha de trabajadores de la salud compartió sus historias personales de salud mental en las redes sociales, buscando normalizar el problema y luchar contra el estigma de pedir ayuda (6).

Aquellos valerosos trabajadores que luchan frontalmente contra la pandemia no tendrían que pedir ayuda en primer lugar, en condiciones normales, soportan un precio psicológico; con la llegada de la pandemia por COVID-19, su responsabilidad diaria por las vidas y muertes de otros se ha intensificado y los ha llevado a la desesperación y al trauma psicológico, su necesidad de apoyo psicológico debería ser obvia. De hecho, la "ayuda" debería ser obligatoria (6).

Si los médicos y enfermeras que luchan contra la pandemia por COVID-19, tuvieran por lo menos una hora de asesoramiento con un psicoterapeuta cada dos semanas, estarían mejor emocionalmente para servir al público y preservar sus carreras y su salud mental (6).

En este contexto se hace imprescindible determinar los factores sociodemográficos relacionados a ansiedad y depresión en médicos asistenciales que laboran en hospitales donde se atienden pacientes COVID-19, en sus diferentes niveles.

Problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados, a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal Médico que labora en los hospitales de Lima 2020?

Hipótesis

La mayor edad, el sexo femenino, el estado civil (casado o conviviente), Ocupación como especialista, lugar de trabajo con atención directa a pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, ser jefe de hogar, carga laboral con trabajo en más de un centro laboral, relación laboral contratado inestables temporales, padecer de enfermedad, trabajo en

servicio covid-19, tener familiares positivos a COVID-19, son factores asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial

Objetivo General

Determinar si los factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de trabajo, jefe de hogar, carga laboral, relación laboral, enfermedad, trabaja en servicio covid-19, familia con covid-19, están asociadas a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1.1. Factores Sociodemográficos

En el contexto de la crisis global provocada por la pandemia de COVID-19, estamos conscientes de que los trabajadores de la salud son la primera línea de defensa para combatir esta enfermedad, lamentablemente, afrontamos esta emergencia sanitaria en malas condiciones laborales, debido a la escasez de equipos de bioseguridad, escasez de sistemas de control de infecciones, falta de programas de reconocimiento e incentivos laborales, maltrato físico y psicológico y discriminación por parte de los pacientes, además la atención continua de pacientes con COVID-19, alta carga de trabajo, exposición constante a eventos críticos como la muerte, miedo a contagiarse y contagiar a los familiares y sus consecuencias sobre la propia salud; estos son factores estresantes del contexto laboral bien conocidos que pueden identificarse como factores sociodemográficos. Sus efectos podrían manifestarse como estrés y depresión (9).

Para Weng-rui Zhang et al., vivir en áreas rurales, ser mujer y estar en riesgo de

contacto con pacientes con COVID-19 son factores de riesgo más comunes de insomnio, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión (10).

Según Condori Arias, existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio. Dentro de estas características, el conocer a algún colega de trabajo que se haya infectado con COVID-19, aumenta la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad e insomnio. El manejar pacientes infectados con COVID-19, tener algún familiar infectado por COVID-19, tener a algún vecino infectado con COVID-19 y, el convivir en la vivienda con algún coresidente infectado por COVID-19, incrementa la probabilidad de presentar síntomas de insomnio. Por otro lado, encontró otros factores asociados a presentar estos síntomas, dentro de ellos, el de ser mujer y tener alguna enfermedad crónica en el momento del estudio, menciona que se asociaron a una mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión y ansiedad e insomnio y tener una experiencia laboral mayor a 5 años aumentaría el riesgo de presentar síntomas de ansiedad (8). María J. Serrano-Ripoll, sostiene que el Impacto de los brotes epidémicos virales en la salud mental de los trabajadores de la salud tiene una prevalencia combinada mayor para el trastorno de estrés agudo, seguido de ansiedad, agotamiento, depresión y trastorno de estrés postraumático, identifica factores asociados con la probabilidad de desarrollar esos problemas, incluidos los sociodemográficos (edad más joven y sexo femenino), sociales (falta de apoyo social, estigmatización) y ocupacionales (trabajar en un entorno de alto riesgo, roles ocupacionales específicos y niveles inferiores de formación especializada y experiencia laboral (11).

Daniela L. Giardino, menciona que en los trabajadores de la salud después de tres meses de aislamiento social obligatorio en Argentina la mayoría presentaba síntomas de depresión, ansiedad, mala calidad del sueño e insomnio y un grupo sufría

pesadillas. La regresión logística mostró que estar en contacto con pacientes con COVID-19, la edad, el sexo y el consumo de medicación para dormir durante el aislamiento social obligatorio fueron predictores relevantes de insomnio, ansiedad y depresión. El análisis de agrupamiento clasificó a los trabajadores de la salud en tres grupos con resultados saludables / leves, moderados y severos. El grupo más vulnerable estaba compuesto principalmente por personas más jóvenes, mujeres, personal no médico o médicos en formación (12).

Mustafa Kürşat Şahin, en Turquía, expone que depresión, ansiedad, insomnio y los síntomas de angustia fueron significativamente mayores entre las mujeres, las personas con antecedentes de enfermedad psiquiátrica y las personas que recibieron apoyo psiquiátrico durante la pandemia de COVID-19. Los trabajadores sanitarios que prestaron servicios en Turquía durante la pandemia de COVID-19 experimentaron altos niveles de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia. El género femenino, ser enfermera, trabajar en primera línea, antecedentes de enfermedades psiquiátricas y hacerse la prueba de COVID-19 fueron identificaron como factores de riesgo para problemas de salud mental (13).

El 18 de marzo del 2020, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N°095-2020-MINSA, aprobó el Documento Técnico “Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19”, en el que se dispuso que los Gobiernos Regionales establecieran un plan de acuerdo al mencionado documento (14). De acuerdo al Plan Regional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19, que estableció en mayo del 2020 la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, como primera línea de contención, se formaron equipos de respuesta rápida, de visita para seguimiento clínico, para traslado prehospitalario por COVID-19, para traslado de cadáveres, tanto para Minsa y Essalud, considerando

como segunda línea de contención al Hospital Regional para COVID-19 HRHDE (15).

1.1.2. Relación Laboral

Para que una persona trabaje en una entidad del estado, en este caso, nos enfocaremos en centros hospitalarios del Ministerio de Salud, de EsSalud y de las Fuerzas Armadas y la Policía, su contratación debe corresponder a uno de estos regímenes: el “de carrera”, que se regula por el Decreto Legislativo Nº 276; el de Contrato Administrativo de Servicios (más conocido como “CAS”), desarrollado por el Decreto Legislativo Nº 1057; o el privado, que se regula con el Decreto Legislativo Nº 728, donde, cada entidad necesitada de personal genera una convocatoria y los profesionales se presentan para ocupar las plazas ofrecidas (16).

Pero, además, pueden existir convocatorias para labores específicas sin la necesidad de generar la relación empleador-trabajador. Precisamente, esas son las de "servicios no personales" o "por terceros", las personas que cumplen funciones bajo esta modalidad, que se regula directamente con el Código Civil peruano a partir de su artículo N° 1764, no son consideradas trabajadores, se las llama "autónomas" porque -se supone- no mantienen un vínculo de subordinación ni dependencia con las entidades que las contratan (16).

Debido a la coyuntura existente, muchos médicos alentados por los intereses económicos y la necesidad del mercado laboral optaron por trabajar en más de dos lugares y otros incluso en provincias, sin gozar de beneficios (AFP, ESSALUD y CTS), por lo que el grado de estrés e impacto psicológico se elevó enormemente, la calidad de la atención como es lógico disminuyó y el riesgo de contagio también se incrementó (16).

1.1.3. Depresión

¿Qué es depresión? La **depresión** es un trastorno emocional que causa un

sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma acompaña a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital; y como enfermedad, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, clínica, curso, pronóstico y un tratamiento específico. La poca distinción de los términos obliga a que en determinadas áreas (estudios epidemiológicos) se distingan tres grupos de estados afectivos: síntomas depresivos (presentes incluso en población normal), depresiones unipolares (que engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares (17)

a. Factores de Riesgo

- Biológicos: Genéticos
- Sexo: Predominancia en mujeres.
- Edad: Tiene una aparición media entre los 20 y 50 años.
- Estado civil: Más frecuente en personas con escasasrelaciones interpersonales estrechas, separadas o divorciadas
- Desempeño laboral: Mayor incidencia en los puestos más altos y bajos.
- Comorbilidades: Trastornos asociados como el abuso o dependencia de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad.
- Temperamentales: La afectividad negativa, sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a acontecimientos estresantes.
- Soporte social: La escasa relación interpersonal, es un factor de mal

pronóstico.

- Acontecimientos de vida: Un entorno social conflictivo y punitivo afectan a los sujetos más lábiles psicológicamente (17).

b. Manifestaciones Clínicas

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que causan deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. Ocupan cinco áreas:

- Afectividad
- Pensamiento-cognición
- Conducta
- Ritmos biológicos
- Trastornos somáticos.

La tristeza es el estado de ánimo principal, de forma secundaria pueden emerger la ansiedad, la irritabilidad o la hostilidad. En un episodio depresivo, a menudo se describe el síntoma de depresión como un dolor emocional angustioso, el cual mejora a medida que se resuelve el episodio, la atención y la concentración disminuyen, falta la energía suficiente para centrarse en tareas específicas las actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de ser llevadas a cabo, se presentan déficits de memoria, muchas veces considerados subjetivos. El pensamiento es aletargado, y de contenido negativo. Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo. La agresividad autodirigida produce sentimientos de culpabilidad y desesperanza, produciendo en el sujeto vivencias de impotencia y fracaso. El sentimiento de inutilidad o de culpa incluye ev aluaciones negativas de la propia valía, que son fuera de la realidad, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado. Las repercusiones

fisiológicas como la astenia, la pérdida de peso, cefalea, amenorrea, sequedad de boca, estreñimiento y las palpitaciones, son también frecuentes. Algunas personas con episodios depresivos no refieren tener un trastorno del estado del ánimo, aunque se muestran retraídos de la familia, amigos y actividades que antes le interesaban, presentan menor energía, tienen problemas para terminar los trabajos, así como menor motivación (17).

c. Diagnóstico.

Según el DSM-5, la presencia de un afecto deprimido es la característica principal de los trastornos depresivos, los cuales incluyen entre otros al trastorno depresivo mayor, considerado el trastorno depresivo más común. Sin embargo, aquellos trastornos que cursen con un afecto deprimido y, que causen malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de una categoría de trastorno depresivo (sean duración o gravedad), son considerados como trastornos depresivos “especificados”, o “no especificados”, dependiendo de si el evaluador opta por especificar o no el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, respectivamente (18).

d. Severidad de los síntomas de depresión

La severidad de la depresión se consideró de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar el cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ- 9). Un cuestionario útil para el tamizaje de síntomas de depresión y que indica la gravedad del cuadro, cuyos ítems toman como referencia los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5. Los grados de gravedad se determinan de acuerdo con el puntaje como sigue (19):

Grados de Gravedad (19)**.**

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de Depresión
0-4	Ninguna
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

Fuente: Calderón M. Scielo Perú. [Online].; 2012

1.1.4. Ansiedad

¿Qué es ansiedad? Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Según el DSM-5, en el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y preocupación excesiva (criterio A), la dificultad para controlar la preocupación (criterio B), se acompañan de al menos tres síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación son desproporcionadas a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. El mantenimiento de los pensamientos de preocupación, interfieren con la atención a las tareas inmediatas. El trastorno de ansiedad generalizada se diferencia de la ansiedad no patológica en que sus preocupaciones son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial; mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, y se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (economía, familia, seguridad, trabajo, etc.) es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos

frecuencia a síntomas físicos (18).

a. Síntomas de Ansiedad Generalizada

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria. La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. La angustia o ansiedad puede aparecer ante cualquier eventualidad de amenaza y de agresión al Yo personal, siendo una reacción emocional normal; sin embargo, puede hacerse patológica, originando un trastorno de ansiedad. Un trastorno de ansiedad puede presentarse en forma de estado, como una forma permanente de angustia (ansiedad generalizada), o como rasgo, como una tendencia habitual de un sujeto a reaccionar ansiosamente (17).

Según el DSM-5, los trastornos de ansiedad agrupan categorías diagnósticas que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas que interfieren de forma significativa en el funcionamiento psicosocial, por otro lado, se diferencian entre sí de acuerdo con el tipo de objetos o situaciones que inducen la ansiedad y según la cognición asociada.

Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, el cual será motivo de estudio, se caracteriza por una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos que la persona percibe difíciles de controlar, además de síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (18).

b. Factores de Riesgo

- Genéticos: predisponen a estados patológicos de ansiedad.
- Sexo: Las mujeres son más proclives, en una relación de 2 a 1.
- Edad: el inicio se sitúa entre los 20 y 40 años. Mayor severidad en jóvenes.

- Ambientales: eventos traumáticos en la vida y el estrés.

c. Manifestaciones Clínicas

La ansiedad se expresa de forma psíquica y somática. En el plano psíquico el sujeto se encuentra nervioso, inquieto, mostrando la fragilidad de un yo que se siente amenazado, todo le preocupa y progresivamente esta situación va afectando su rendimiento profesional, lo que le hace sentirse incapaz, Los ruidos le sobresaltan, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de su relación social, vive en un estado de constante tensión diurna que por la noche se manifiesta por dificultad de dormir y pesadillas. En el plano somático, existe una desregulación neurovegetativa y neuroendocrina por la elevada hiperactividad vegetativa (Ej. el ritmo cardiaco acelerado, dificultad para respirar, mareos), aunque son menos frecuentes en comparación a como se presentan en un trastorno de pánico. La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro (17).

d. Severidad de los Síntomas de Ansiedad.

La severidad del insomnio para fines del presente estudio se ha considerado de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), un instrumento que detecta síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de estos; y cuyos primeros tres ítems evalúan los criterios A y B del DSM-5, el resto referidos a los criterios del DSM-5 y otras escalas de tamizaje. Los grados de severidad se determinan de acuerdo con el puntaje obtenido como sigue (18).

e. Relación entre ansiedad y COVID-19

Muchos estudios han identificado que la percepción de estímulos nocivos provoca activación de un "circuito de amenaza" en el cerebro, que consiste en conexiones reciprocas entre la corteza prefrontal dorso medial, la ínsula y la amígdala. Los acontecimientos vitales estresantes pueden desempeñar un papel en la precipitación de trastornos emocionales, con factores estresantes que implica perdidas, están más típicamente relacionados con el desarrollo de depresión, mientras que los que señalan peligro o amenaza se han asociado específicamente con la aparición de trastornos de ansiedad, quizás debido a una excesiva o mala adaptación en la activación del neuro circuito de amenaza (20). (20). Sin duda la situación actual latente es de sumo riesgo y cuidado, la información recibida, los hechos que se viven día a día implican una activación permanente del circuito cerebral de amenaza y por lo tanto incrementar el miedo y la ansiedad en los trabajadores de primera línea.

Instrumento de Ansiedad Generalizada GAD-7 (21)

(Puntaje)	**Severidad de Ansiedad**
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-21	Severa

Fuente: Ventura Bances MP. cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2009

1.1.5. Pandemia por COVID-19

La enfermedad del coronavirus (COVID-19) ha sido declarada pandemia de enfermedad respiratoria, lo que representa un grave riesgo para la salud pública al propagarse por diversos medios. Si bien la información sobre su transmisibilidad aún

es limitada, se está prestando atención para minimizar el daño enfatizando al público en la higiene, el distanciamiento social y mediante la implementación del bloqueo a nivel nacional. Los trabajadores sanitarios siguen estando muy expuestos a la enfermedad a través del contacto con sus pacientes, donde la protección convencional con mascarillas ha resultado insuficiente. Por ejemplo, un paciente que se sometió a una cirugía en un hospital en Wuhan, China, infectó a 14 trabajadores de la salud incluso antes de manifestar algún síntoma. Se estima que el 3,5% de todos los casos positivos de COVID-19 en China eran trabajadores sanitarios, el 14,8% de los cuales eran graves o críticos (situación del nuevo coronavirus de la OMS, 21 de marzo de 2020). Las cifras de Italia revelan que el 9% de todos los casos de COVID-19 son trabajadores de la salud (22).

Según una encuesta británica de 2019, se encontró que aproximadamente el 80% de los médicos tenían un alto riesgo de agotamiento, el fenómeno del agotamiento, a su vez, se correlaciona con la depresión clínica, la ansiedad, los trastornos del sueño y el abuso de sustancias. Cifras recientes sugieren un riesgo doble de ideación suicida entre los médicos en comparación con la población general de EE. UU. Aunque los datos de Pakistán son escasos, un estudio cita que las tasas de depresión y ansiedad entre los médicos de los hospitales son del 25% y 40%, respectivamente. La mayoría de los hospitales públicos de Pakistán carecen de infraestructura y los recursos humanos para afrontar la crisis actual, con un sistema mal equipado y un personal poco versado en los principios de salud y seguridad. Los trabajadores sanitarios, que ya están sujetos a agotamiento y estrés mental, ahora están expuestos a un virus nuevo que los pone en riesgo de contraer una enfermedad mortal y crea un estado de incertidumbre, pánico, aprensión e inseguridad con respecto a su bienestar y al de su familia. Recientemente, han surgido dos informes de suicidio de enfermeras europeas

que tratan pacientes con COVID-19 (22). La desconfianza médica es otro desafío al que se enfrentan los trabajadores sanitarios, desde la aparición de varias plataformas de medios no supervisados y ciertos rumores que circulan entre el público, como que el coronavirus es una enfermedad inventada o una conspiración, esto potencialmente genera rabia y negación entre el público, quienes, por lo tanto, desafían las reglas establecidas por las autoridades y se niegan a cumplir con las medidas cautelares, lo que aumenta el riesgo de propagación de la infección, así como la carga de trabajo del hospital. Dado que no existe una legislación independiente sobre cuestiones de seguridad y salud en el trabajo en el país, el bienestar físico y mental del personal sigue en juego (22). Finalmente, el sistema de salud tenso ofrece servicios de salud mental insuficientes, ya que solo el 0,4% de los gastos de salud del departamento de salud del gobierno se dedica a la salud mental, en contraste con el 11,9% de su carga mundial de enfermedad (OMS, 2008). Además, el bloqueo en todo el país y el estigma de tener una enfermedad mental alejan más a los trabajadores sanitarios de buscar atención médica mental.

La capacidad de automedicación entre los médicos durante la angustia mental también puede empeorar sus problemas de salud mental. Por lo tanto, junto con la implementación de estrategias preventivas contra la enfermedad, las provisiones de apoyo de salud mental a corto y largo plazo, incluidos primeros auxilios psicológicos, asesoramiento y servicios psiquiátricos especializados, así como servicios de salud ocupacional para los trabajadores de la salud, deben formar parte. de un plan integral contra la crisis (22) .

1.1.6. Fisiopatología

- ✓ **Interacción con el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona**

El Sars-Cov-2 penetra en la célula empleando como receptor a la enzima

convertidora de angiotensina 2 (Ace-2 por sus siglas en inglés), una exopeptidasa de membrana presente fundamentalmente en el riñón, los pulmones y el corazón. La función de la Ace2 es la trasformación de la Angiotensina I en Angiotensina 1-9 y de la Angiotensina II en Angiotensina 1-7. Estos productos finales tienen efectos vasodilatadores, anti-fibrosis, antiinflamatorios y favorecen la natriuresis, son todos efectos, por tanto, que reducen la tensión arterial, contra regulando la acción de la Angiotensina II; la Ace2 se ha relacionado con la protección frente a la hipertensión, la arteriosclerosis y otros procesos vasculares y pulmonares. En modelos animales se ha visto que la ausencia de Ace2 da lugar a un mayor daño pulmonar en el Sdra y la sobrexpresión del Ace2 protege frente al mismo (23); por el contrario, la enzima convertidora de la angiotensina (Ace), que transforma la Angiotensina I en Angiotensina II, favorece la generación de péptidos secundarios con efecto vasoconstrictor, proinflamatorio y de retención de sodio, que se relacionan con la fisiopatología de la hipertensión arterial (23). Se ha observado que los casos graves de COVID-19 presentan niveles de Angiotensina II muy elevados y el nivel de Angiotensina II se ha correlacionado con la carga viral de Sars-Cov-2 y el daño pulmonar. Este desequilibrio del sistema renina-angiotensina-aldosterona podría estar en relación con la inhibición de la Ace2 por parte del virus (23). Este mismo efecto ya fue observado en el brote producido por Sars en 2003,

- ✓ **Interacción con el Sistema Inmunitario**

La infección por Sars-Cov-2 activa el sistema inmune innato generando una respuesta excesiva que podría estar relacionada con una mayor lesión pulmonar y peor evolución clínica. Las observaciones clínicas apuntan a que, cuando la respuesta inmune no es capaz de controlar eficazmente el virus, como en personas mayores con un sistema inmune debilitado, el virus se propagaría de forma más

eficaz produciendo daño tisular pulmonar, lo que activaría a los macrófagos y granulocitos y conduciría a la liberación masiva de citoquinas proinflamatorias (23). Un equipo de investigación de China ha descrito el circuito de activación de esta vía inmunitaria partir de la activación de linfocitos T helper (Th) CD4+ y CD8+ aberrantes (con mayor expresión de marcadores inflamatorios, comparados con controles sanos), en pacientes con neumonía por Sars-Cov-2 ingresados en UCI comparados con los no ingresados en UCI, y con controles sanos, observaron correlación con una mayor proporción células T CD4+ productoras de IL-6 y GM-CSF (factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos con la gravedad de los casos de COVID-19 (23). Otros estudios han observado la presencia de niveles elevados de IL-6 y otras citoquinas proinflamatorias en pacientes con COVID-19 grave. Esta hiperactivación sin embargo resulta insuficiente para controlar la infección y conduce a una depleción linfocitaria asociada a un mayor daño tisular, que es observable clínicamente en pacientes graves que presentan linfopenia e hiperferritinemia (23). Esta hiperactivación se ha denominado síndrome de liberación de citoquinas (CRS, por sus siglas en inglés), que estaría asociada al síndrome de insuficiencia respiratoria aguda o Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (Sdra) que se ha descrito como la principal causa de mortalidad por COVID-19 (23).

- ✓ **Interacción con la coagulación y el sistema microvascular**

La activación excesiva del sistema inmune innato que causa tormentas de citoquinas ocasiona daño del sistema microvascular y activa el sistema de coagulación e inhibición de la fibrinólisis. La coagulación intravascular diseminada (Cid) conduce a trastornos generalizados de la microcirculación que contribuyen a la situación de fallo multiorgánico. Se ha observado que los niveles de antitrombina son menores en casos de COVID-19, y los niveles de dímero D y fibrinógeno son mayores que en población

general. Además, la progresión de la gravedad de la enfermedad va ligada a un aumento gradual del dímero D. Estos hallazgos apoyan la teoría del desarrollo de una coagulopatía de consumo en infecciones por Sars-Cov-2, y que cuando estas ocurren empeora el pronóstico. Aunque el mecanismo no está completamente establecido, hay varias causas que pueden contribuir a este fenómeno (23). La IL6 desempeña un papel importante en la red de mediadores inflamatorios y puede causar trastornos de la coagulación a través de diversas vías, como la estimulación hepática para la síntesis de trombopoyetina y fibrinógeno, aumento de la expresión del factor de crecimiento endotelial vascular, expresión de los factores tisulares de los monocitos y la activación del sistema de coagulación extrínseco. La trombina generada a su vez puede inducir al endotelio vascular a producir más IL-6 y otras citoquinas. Las tormentas de citoquina y los trastornos de la coagulación de este modo se retroalimentan. Se ha observado también la alteración de las plaquetas por varias vías: daño indirecto mediante invasión de las células madre hematopoyéticas de la médula ósea o daño directo mediante la activación del complemento. Además, la inflamación producida en el pulmón junto con la hipoxia de los casos con neumonía causa la agregación plaquetaria y la trombosis, con un aumento de consumo de las plaquetas. Todos estos factores contribuyen a desencadenar el estado de hipercoagulabilidad que se observa en los casos de COVID-19 (23).

La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) es causada por un nuevo beta-coronavirus conocido como síndrome respiratorio agudo severo causado por el Coronavirus 2 (Sars-Cov-2), La gran mayoría de casos son leves (81%), el 14% progresan a neumonía severa y un 5% desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (Ards), sepsis, y falla multiorgánica (MOF). el virus Sars-Cov-2 tiene 4 glicoproteínas: Espiga (S), membrana (M), envoltura (E), y nucleocápside (N). La

proteína S es la responsable de la Unión y la entrada a las células hospedero, mientras que la enzima convertidora de angiotensina 2 (Ace2) es el receptor para el virus Sars-Cov-2. El virus Sars-Cov-2 es transmitida a través de la vía respiratoria por las gotitas de secreción nasal infectando a las células respiratorias. También los receptores Ace2 pueden estar en el corazón, cerebro, hígado, riñones, tiroides, tejido adiposo y por lo tanto permitir a través de estos receptores el ingreso a los diferentes órganos del cuerpo (23).

1.1.7. Epidemiologia

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que causa enfermedades respiratorias graves como neumonía e insuficiencia pulmonar, se informó por primera vez en Wuhan, la capital de Hubei, China. El agente etiológico de COVID-19ha sido confirmado como un nuevo coronavirus, ahora conocido como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (Sars-Cov-2), que probablemente se originó a partir de coronavirus zoonóticos, como el Sars-Cov, que surgió en 2002. A los pocos meses del primer informe, el Sars-Cov-2 se había extendido por China y por todo el mundo, alcanzando un nivel pandémico. Dado que COVID-19 ha provocado enormes bajas humanas y graves pérdidas económicas que representan una amenaza global, se necesita con urgencia una comprensión de la situación actual y el desarrollo de estrategias para contener la propagación del virus. Actualmente se encuentran disponibles varios kits de diagnóstico para detectar COVID-19 y varias terapias de reutilización para COVID-19 han demostrado ser clínicamente efectivas. Además, instituciones y empresas globales han comenzado a desarrollar vacunas para la prevención de COVID-19. Aquí, revisamos el estado actual de la epidemiología, el diagnóstico, el tratamiento y el desarrollo de vacunas para COVID-19 (24).

Este brote está provocando problemas de salud adicionales como estrés, ansiedad,

síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo a nivel mundial. Las preocupaciones colectivas influyen en los comportamientos diarios, la economía, las estrategias de prevención y la toma de decisiones de los responsables políticos, las organizaciones de salud y los centros médicos, lo que puede debilitar las estrategias de control de COVID-19 y generar más morbilidad y necesidades de salud mental a nivel mundial (25).

1.1.7.1. Respuesta mental adaptativa y desadaptativa al COVID-19

Durante la respuesta al estrés se activan dos tipos diferentes de circuitos en el sistema nervioso central. Por una parte, se involucran respuestas del sistema nervioso autónomo, tanto simpáticas como parasimpáticas, mientras que en el sistema nervioso central se realiza una interpretación cortical del estresor, aunada a la respuesta del sistema límbico y del eje hipotálamo-hipófisis adrenal. El hipotálamo activa al sistema neuroendocrino, secreta hormonas como la hormona liberadora de corticotropina, que estimula la secreción de glucocorticoides y generan altas concentraciones de cortisol y, dependiendo del tiempo de exposición al estresor, puede generar disfunción de la respuesta inmunitaria. Las reacciones emocionales pueden tener una intensidad leve o excesiva y pueden hacer que las personas logren desarrollar medidas de afrontamiento asertivas con el fin de adaptarse a ese nuevo entorno, en este caso a una pandemia causada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) o, por el contrario, genera conductas desadaptativas a nivel emocional, conductual o cognitivo, que solo limitan el funcionamiento de quien las presenta y, en muchas ocasiones, no permite una adecuada toma de decisiones. En situaciones de normalidad, la corteza prefrontal regula las emociones, pensamientos y conducta; sin embargo, cuando el estrés ocasiona la pérdida de equilibrio, pueden aparecer fallas cognitivas, conductas disfuncionales y síntomas físicos pasajeros. De no remitir la

exposición al estrés o ante la dificultad para adaptarse, pueden emerger cuadros psicopatológicos, como el trastorno de estrés postraumático, los trastornos depresivos, trastornos psicosomáticos o conductas suicidas (26).

De acuerdo con el DSM-5 y el CIE-10 la reacción al estrés agudo es una respuesta transitoria que aparece ante un estresor psicológico excepcional, que generalmente remite en horas o días. Existe un periodo inicial de “embotamiento” con ligera reducción del campo de la conciencia, disminución de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Por lo general, también coexisten signos neurovegetativos: taquicardia, sensación de disnea, diaforesis y rubor. Existen algunos indicadores que traducen que el estrés está generando conductas desadaptativas: agotamiento mental, pérdida progresiva del interés en actividades cotidianas, apatía, comportamientos que van de la indiferencia al distanciamiento y, en algunas ocasiones, desesperanza. Esos síntomas pueden generar disfunción laboral, familiar y social. La exposición repetida o continua ante el estrés, como la observada en la pandemia por COVID-19, afecta las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del sujeto y de no resolverse generan alteraciones metabólicas e inmunológicas que debilitan al organismo para hacer frente a procesos infecciosos, incrementando el riesgo del personal expuesto a enfermar. Las reacciones emocionales reportadas como frecuentes por el personal de salud son: miedo, irritabilidad, enojo, labilidad emocional, tristeza, culpa, fallas de atención, concentración, alteraciones del sueño y del apetito. Los trastornos adaptativos emergen cuando el sujeto enfrenta un estresor prolongado o mayor al esperado, por lo que las reacciones emocionales y conductuales se tornan persistentes y contribuyen a la aparición de síntomas de ansiedad o depresión, que generan una distorsión en la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea. Estos síntomas

suelen aparecer durante los primeros tres meses desde el suceso estresante y desaparecen alrededor de seis meses después de finalizada la exposición Los trastornos adaptativos se encuentran en el límite entre la normalidad y la patología mental, es decir, que son una especie de puente entre las personas que logran adaptarse a la nueva condición y las que se sienten sobrepasadas por lo que está aconteciendo y desarrollan trastornos psiquiátricos. Entre los síntomas y signos de los trastornos de adaptación se encuentran (26).

- Sentimientos de tristeza, desesperanza o no disfrutar cosas placenteras.
- Llorar con frecuencia.
- Preocupación continua, ansiedad y tensión mental.
- Trastornos del sueño.
- Falta de apetito.
- Dificultad para concentrarse.
- Sensación de estar sobrepasado.
- Tener dificultades para desenvolverse en las actividades diarias.
- Apartarse de las fuentes de apoyo social.
- Evitar asuntos importantes, como ir al trabajo o pagar cuentas.
- Deseos de morir o conductas autolesivas.

1.1.7.2. Trastornos psiquiátricos que pueden presentarse en el personal de salud

La emergencia de síntomas psiquiátricos en los trabajadores de la salud es multifactorial. ¿Qué es estrés? Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales. ¿Qué es Bournout?
La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma

inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

Existe discrepancia en la bibliografía en torno a si los trastornos emergentes son aspectos adaptativos ante la pandemia, o exacerbaciones de trastornos preexistentes que, en situación de crisis, se manifiestan de forma más aguda, cuando hay datos en la personalidad previa que favorecen un nivel inadecuado de adaptación. El personal de salud, en muchas ocasiones, es renuente a buscar atención médico-psiquiátrica, ya sea por aspectos de personalidad, o por el estigma social que representa ser visualizados como “débiles” o “incapaces” de controlar sus propias emociones. Cuando la reacción por estrés agudo no se resuelve, puede favorecer un trastorno de estrés postraumático. Otros trastornos que pueden manifestarse o exacerbarse en situaciones de crisis son los de ansiedad, depresivos, por abuso de sustancias: alcohol, tabaco, marihuana, estimulantes y ansiolíticos; también existen reportes de conductas alimentarias compulsivas, como el trastorno por atracones. La depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias pueden aparecer de manera independiente o asociados con trastorno de estrés postraumático (26).

El trastorno de estrés postraumático, con una prevalencia de 9%, incluye pensamientos intrusivos frecuentes (sueños, recuerdos vívidos, etc.), conductas evitativas (dejar de acudir al lugar donde sucedió el evento), alteraciones en la cognición y el estado de ánimo (problemas de memoria, distorsiones del pensamiento, afectos bajos o desinterés en lo cotidiano), y alteraciones del estado de alerta y de reacción (problemas para dormir, conductas impulsivas, irritabilidad). El diagnóstico es clínico y amerita la presencia de los grupos sintomáticos mencionados, y el antecedente del evento traumático. Se requiere una evaluación acuciosa porque las personas tienden a minimizar los síntomas en un intento de control narcisista o de

rigidez de sus respuestas (26).

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo, frecuentemente subdiagnosticada y no tratada de manera adecuada. Existen reportes recientes que refieren la exacerbación de trastornos depresivos en el personal ante la pandemia de COVID-19 en los diferentes centros hospitalarios. El diagnóstico es clínico y debe incluir un estado de ánimo bajo, tristeza constante, ideas de desesperanza (la sensación de la inutilidad de lo que se haga), síntomas corporales como astenia y adinamia, con frecuencia pueden aparecer ideas de muerte o ideación suicida, que constituyen el mayor riesgo de estos cuadros y que se han reportado en médicos, con patología previa, que han sucumbido ante la impotencia (26).

Los trastornos de ansiedad se manifiestan, básicamente, por el temor ante la incertidumbre, la sensación de pérdida del control, y la coexistencia de síntomas psicofisiológicos concomitantes: taquicardia, diaforesis, disnea y que, en alguna de sus variedades, puede llevar a una crisis ansiosa o ataque de pánico, que paraliza al sujeto, le impide la toma de decisiones organizadas para su funcionamiento y limita la vida cotidiana tanto en su aparición, como el resto de la vida, de no recibir un tratamiento adecuado (26).

Por último, puede aumentar el número de casos de abuso de sustancias, frecuente entre el personal médico, entre otras razones debido a los niveles de respuesta al estrés. El consumo de alcohol, marihuana y benzodiacepinas es una forma de automedicación ante la ansiedad y al consumirlos fuera de control profesional, lleva al gremio médico a tener en mayor proporción tasas altas de consumo de estas sustancias que, de no ser tratado en fases tempranas, existe el riesgo de dependencia y otras complicaciones psiquiátricas (26).

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

China 2020, Jianbo Lai et al., en un estudio de “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019”, de 1,257 trabajadores encuestados, un considerable número de participantes presentaron síntomas de depresión 634 (50.4%), ansiedad 560 (44.6%), concluye que entre los trabajadores de la salud chinos expuestos a COVID-19, las mujeres, las enfermeras, las personas en Wuhan y los trabajadores de atención médica de primera línea tienen un alto riesgo de desarrollar resultados desfavorables de salud mental y pueden necesitar apoyo o intervenciones psicológicas (7).

En 2020, Arias, Y., en un estudio de “Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa”, encuentra que más de la mitad de los médicos encuestados presentaron síntomas de depresión en el momento del estudio (56,7%), con una severidad leve (44,6%) a moderada (10,1%). Más de la tercera parte de médicos encuestados presentaron síntomas de ansiedad (35,7%), con una severidad leve (21,1%) a moderada (6,6%). Concluye que existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (8).

En 2020, Jeff-Huarcaya, en un estudio, en Lima, de “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19” concluye que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general. Además, en el personal de salud también se encontraron problemas de salud mental, especialmente en las profesionales enfermeras y en quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Para lograr controlar la pandemia de COVID-19 en el Perú, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental. La experiencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones

establecidas a nivel nacional e internacional ayudaría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud (27).

En 2020, Ignacio Muñoz, en un estudio de “Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19” se plantea: Describir las reacciones emocionales esperadas ante COVID-19, los factores individuales protectores y de riesgo, la patología psiquiátrica y las distintas intervenciones que pueden efectuarse en apoyo de las diversas reacciones y concluye que, para los trabajadores de la salud, en México, la pandemia por COVID-19 es un factor de riesgo de problemas de salud mental que requiere evaluación y atención oportuna (26).

En 2020, Llumipanta ARJ., en una tesis “Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el COVID-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-ecuador 2020” concluye que 10 de los 12 trabajadores presentaron afecciones de estrés y 11 de los 12 trabajadores presentaron posible depresión y ansiedad. Se propuso un plan de acción para mejorar la salud mental con el propósito de atender de manera inmediata las condiciones inadecuadas que perjudican al trabajador (28).

Sangyoon Han et al., en su estudio “Asociación entre experiencia laboral en médicos de primera línea en covid-19 por pandemia y salud mental en doctores de salud poblica Koreana” concluye que una adecuada dotación de equipos de seguridad, adecuado entrenamiento en medidas de seguridad contra las infecciones, adecuadas horas de trabajo, adecuada remuneración y un soporte psicológico adecuado mejoran los resultados de salud mental en doctores que trabajan en primera línea contra el COVID-19.

En 2020 Álvaro Monterrosa, en un estudio acerca de “Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos”, se encontró que Factores

psicosociales y psicosomáticos asociados al miedo son el común denominador de los síntomas de ansiedad y estrés laboral en las pandemias. Se concluyó que siete de cada diez participantes presentaron síntomas de ansiedad o estrés laboral, mientras que cuatro presentaban síntomas de miedo al COVID-19, cabe recalcar que la muestra fue de 531 médicos generales colombianos y el promedio de edad era de 30 años (29).

En 2020,Le shi et al., En un estudio de Prevalencia y factores de riesgo asociados con síntomas de salud mental entre la población general de China durante la pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019, los resultados de esta encuesta indican que los síntomas de salud mental pueden haber sido comunes durante el brote de COVID-19 entre la población general en China, especialmente entre las personas infectadas, las personas con sospecha de infección y las personas que podrían tener contacto con pacientes con COVID-19. Algunas medidas, como la cuarentena y los retrasos en el regreso al trabajo, también se asociaron con la salud mental del público. Estos hallazgos identifican poblaciones en riesgo de problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19 y pueden ayudar a implementar políticas de intervención de salud mental en otros países y regiones (30).

Sangyoon Han et al., en su estudio “Asociación entre experiencia laboral en médicos de primera línea en covid-19 por pandemia y salud mental en doctores de salud pública Koreana” concluye que una adecuada dotación de equipos de seguridad, adecuado entrenamiento en medidas de seguridad contra las infecciones, adecuadas horas de trabajo, adecuada remuneración y un soporte psicológico adecuado mejoran los resultados de salud mental en doctores que trabajan en primera línea contra el COVID-19 (31).

Jasmit Shah et al., en su estudio “Desórdenes mentales entre trabajadores de salud

durante la pandemia por covid-19, una encuesta transversal de tres principales hospitales de Kenia" Reporta alta tasa de síntomas de salud mental entre trabajadores de primera línea y hace realce en la necesidad urgente en la implementación de estrategias para ayudar a sobrellevar la salud mental durante la pandemia (32).

Rafia Tasnim et al., en su estudio "Prevalencia y correlación de ansiedad y depresión en trabajadores de primera línea que tratan pacientes infectados con covid-19 en Bangladesh" Los síntomas de ansiedad y depresión son prevalentes entre los trabajadores de salud durante la pandemia por covid-19 en Bangladesh. Los resultados sugieren una necesidad de realizar una búsqueda y una intervención temprana en trabajadores de salud con problemas de salud mental (33).

Juhong Zhu et al., en su estudio "Prevalencia y factores influyentes de los síntomas de ansiedad y depresión en el personal médico de primera línea que lucha contra el covid-19 en Gansu". Concluye que el personal médico de primera línea en la lucha contra el covid-19 tiene gran cantidad de síntomas de ansiedad y depresión y que adoptar estilos o comportamientos positivos ayudaría a mejorar sus emociones negativas (34).

William Wilson et al., en su estudio "Prevalencia y predictores de estrés ansiedad y depresión entre trabajadores de la salud, que manejan covid-19 durante la pandemia en India: Un estudio observacional amplio a nivel nacional", concluye que los síntomas de depresión y ansiedad son altos y comparados con otros países tienen prevalencias similares (35).

Lanying He et al., en su trabajo "Factores de riesgo para síntomas de ansiedad y depresión en doctores durante la pandemia por covid-19" concluye que síntomas de ansiedad y depresión han sido comunes en problemas de salud mental durante la pandemia por covid-19. Menciona que encontraron que el sexo femenino, tener un

niño menor y ser jóvenes fueron los principales factores de riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión entre doctores en la pandemia por covid-19 (36).

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se realizó por vía virtual a los médicos inscritos en el colegio médico del Perú que laboran en diferentes instituciones de salud de la ciudad de Lima. Se emitió el instrumento durante 7 días (del 10- 17 de diciembre del 2020) en tiempo de pandemia. También se realizó en forma personal a médicos amigos de diferentes centros asistenciales.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por médicos colegiados en actividad de la ciudad de Lima que en total son 47,465 médicos.

a. Muestra

La muestra está comprendida por 88 médicos que respondieron por correo y que trabajan en la atención de pacientes infectados por COVID –19.

En un mismo hospital puede haber trabajadores que directamente trabajan con pacientes Covid-19 positivos, también pueden existir áreas no covid-19 con pacientes graves, con prueba molecular y rápidas negativas, que también están siendo atendidos.

b. Criterios de Elegibilidad.

- ✓ **Criterios de Inclusión**

- Médicos que consintieron el llenado de la encuesta virtual
- Médicos en actual actividad asistencial

✓ **Criterios de Exclusión**

- Personal médico que, en el momento del estudio, refirió tener historia psiquiátrica de depresión, ansiedad en los últimos 6 meses.
- Médicos que refirieron algún tratamiento farmacológico y/o terapia psicológica que lo manifestaron en la encuesta.

2.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a. Tipo de Estudio

Según Altman, el estudio es de tipo Observacional, Prospectivo y Transversal.

b. Diseño Muestral

Se realizó muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que de lo enviado por vía virtual sólo respondieron 88 médicos.

c. Análisis Estadístico

Se realizó análisis de frecuencias absolutas para variables categóricas.

Para determinar la relación entre variables independientes (características sociodemográficas) y dependientes (presencia de depresión, ansiedad e insomnio), se utilizó la prueba del Chi cuadrado, con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ y Odds ratio lo que se procesó en el software SPSS.

d. Ética

Todos los participantes, previo llenado del cuestionario virtual, fueron informados del propósito de la investigación, luego del cual se les solicitó aprobar un consentimiento informado virtual. Se respetó la confidencialidad y carácter anónimo de los datos obtenidos.

e. Recolección de datos y procedimiento

Previa autorización del director del colegio médico, se realizó una encuesta virtual a todos los médicos colegiados en el Perú y que cuenten con registro de la institución también con el consentimiento virtual.

Se realizó una prueba piloto a 10 médicos elegidos al azar que laboraban en Hospitales no COVID-19, para valorar el entendimiento de las preguntas y velocidad de carga de la encuesta virtual con la finalidad de asegurar el carácter anónimo de la misma, y evitar el llenado duplicado por participante. La encuesta virtual constó de preguntas de opción múltiple, con un tiempo de llenado total aproximado menor a 10 minutos. La estructura de la encuesta virtual estuvo dividida en 2 partes, la primera dirigida a la recolección de información general y datos sociodemográficos, la segunda, constituida por los cuestionarios de las escalas PHQ-9, GAD-7.

2.4. INSTRUMENTOS

Validación y Confiabilidad del Instrumento Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) Síntomas Depresivos

El PHQ-9; La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), dentro del marco del desarrollo de “Algoritmos de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión” ha realizado la validación por juicio de expertos del PHQ-9, como primer paso para su validación en el contexto peruano en el año 2012. Esta validación se realizó en una reunión técnica con la presencia de especialistas en salud mental, incluyendo 23 psiquiatras, 3 psicólogos y una enfermera. En general, la percepción entre los especialistas fue que el PHQ-9 es un buen instrumento para el diagnóstico de depresión, y que puede ser de fácil uso en el contexto del sistema de atención primaria en el Perú. El PHQ-9 (Patient Health Questionnarie-9), es una herramienta útil para síntomas de depresión y que indica la

gravedad del cuadro, de rápido llenado y que puede ser auto aplicada. Consta de 9 ítems, basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, calificados con valores de 0, 1, 2 y 3, de acuerdo con las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. El puntaje total para los 9 ítems varía de 0 a 27, dividiéndose en intervalos que determinan la severidad de los síntomas de depresión como sigue:

Tabla 1
Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) Síntomas Depresivos *(19)*

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de depresión
0-4	Ninguna o mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

Fuente: Fuente: Calderón M. Scielo Perú. [Online].; 2012

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

La escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) validado en Perú con un alfa de Cronbach de 0,89, es un instrumento útil para detectar síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de estos. Consta de 7 ítems que evalúan 7 síntomas de ansiedad comunes, los tres primeros se basan en los criterios A y B del DSM-5, el resto incluyen criterios del DSM-5 y de otras pruebas de tamizaje. En general, se evalúan síntomas afectivos (miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y; síntomas somáticos. Cada ítem es calificado con valores de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo con las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. Ofrece un puntaje total de 0 a 21, que determinan según intervalos la severidad de los síntomas de ansiedad:

Tabla 2
Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) *(21)*

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-21	Severa

Fuente: Fuente: Ventura Bances MP. cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2009

Cuenta con una versión traducida para la población peruana. Fue validado en el Perú por Ventura que dentro de su estudio de intervención grupal cognitivo-conductual efectuado para disminuir la ansiedad generalizada, realizó un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78 indicando su confiabilidad (19).

CAPITULO III

RESULTADOS

Tabla 1
Frecuencia de Edad, Sexo, Lugar de Trabajo de los Médicos Participantes

DATOS		FRECUENCIA	
		N° = 88	**% = 100**
EDAD	30 - 45 años	45	51,10
	46 - 60 años	38	43,20
	>60 años	5	5,70
SEXO	Masculino	59	67,00
	Femenino	29	33,00
LUGAR DE TRABAJO	Hospital COVID	45	51,10
	No COVID	25	28,40
	Primer nivel	18	20,50

Tabla 2
Frecuencia de Casos con Síntomas de Depresión y Ansiedad en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

DATOS		**FRECUENCIA**	
		N° = 88	**% = 100**
SINTOMAS DEDEPRESION	Moderado /Severo	40	45,50
	Leve	48	54,50
SINTOMAS DE ANSIEDAD	Moderado /Severo	52	59,10
	Leves	36	40,90

Tabla 3
Factores: Edad, Sexo, Estado Civil y Ocupación Relacionados a Síntomas de Depresión en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

Características	DEPRESIÓN	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2
		Nº= 88	N°=40	%	N°=48	%	P
Edad (Años)	30 – 45	45	23	(51,10)	22	(48,90)	0,33 0,85
	46 – 60	38	18	(47,40)	20	(52,60)	
	60	5	3	(60,00)	2	(40,00)	
Sexo	Masculino	59	26	(44,10)	33	(55,90)	0,14 0,44
	Femenino	29	14	(48,30)	15	(51,70)	2,34 0,7-7,1
Estado Civil	Divorciado	9	3	(33,30)	6	(66,70)	
	Casado/convi viente	51	28	(54,90)	23	(45,10)	4,37 0,11
	Soltero (a)	28	9	(32,10)	19	(67,90)	
Ocupación	Médico cirujano	37	12	(32,40)	25	(67,60)	
	Médico Residente	6	6	(100,0)	0	(0,00)	9,95 0,01
	Médico Especialista	45	22	(48,90)	23	(51,10)	

Tabla 3A
Factores: Edad, Sexo, Estado Civil y Ocupación Relacionados a Síntomas de Ansiedad en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

Características	ANSIEDAD	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2 P OR IC
		Nº= 88	N°=52	%	N°=36	%	
Edad (Años)	30 – 45	45	25	(55,60)	20	(44,40)	
	46 – 60	38	22	(57,90)	16	(42,10)	3,72 0,16
	60	5	5	(100,0)	0	(0,00)	
Sexo	Masculino	59	33	(55,90)	26	(44,10)	0,74 0,26
	Femenino	29	19	(65,50)	10	(34,50)	3,26 0.8-12.4
Estado Civil	Divorciado	9	3	(33,30)	6	(66,70)	
	Casado/convivi ente	51	39	(76,50)	12	(23,50)	15,17 0,00
	Soltero (a)	28	10	(35,70)	18	(64,30)	
Ocupación	Médico cirujano	15	15	(40,50)	22	(59,50)	
	Médico Residente	6	6	(100,0)	0	(0,00)	11,21 0,00
	Médico Especialista	31	31	(68,90)	14	(31,10)	

Tabla 4

Factores: Lugar de Trabajo, Jefe de Hogar y Carga Laboral Asociados a Síntomas de Depresión en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

Características	DEPRESION	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2 P OR IC
		Nº= 88	N°=52	%	N°=36	%	
LUGAR DE TRABAJO	Hospital COVID-19	45	26	(57,80)	19	(42,20)	6,98 0,03
	Hospital no COVID-19	25	10	(40,00)	15	(60,00)	
	Primer nivel atención	18	4	(22,20)	14	(77,80)	
JEFE DE HOGAR	Si	59	30	(50,80)	29	(49,20)	2,10 0,11 0.,16 0,04-0,65
	No	29	10	(34,50)	19	(65,50)	
CARGA LABORAL	Mas de 1	66	34	(51,50)	32	(48,50)	3,91 0,04 0,22 0,06-0,7
	Solo 1	22	6	(27,30)	16	(72,70)	

Tabla 4A
Factores: Lugar de Trabajo, Jefe de Hogar, Carga Laboral, Médico COVID-19 y Familia COVID-19 Relacionados a Síntomas de Ansiedad en Personal Médico que Labora en Tiempos de Pandemia

Características	ANSIEDAD	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2 P OR IC
		Nº= 88	N°=52	%	N°=36	%	
LUGAR DE TRABAJO	Hospital COVID-19	45	31	(68,90)	14	(31,10)	6,74 0,03
	Hospital no COVID-19	25	15	(60,00)	10	(40,00)	
	Primer nivel etc.	18	6	(33,30)	12	(66,70)	
JEFE DE HOGAR	Si	59	39	(66,10)	20	(33,90)	3,64 0,04 0,38 0,07-2,00
	No	29	13	(44,80)	16	(55,20)	
CARGA LABORAL	Mas de 1	66	44	(66,70)	22	(33,30)	6,27 0,01 0,04 0,0-0,22
	Solo 1	22	8	(36,40)	14	(63,60)	

Tabla 5

Factores: Relación Laboral, Enfermedad, Servicio COVID+ y Familia con COVID-19+ Asociados a Síntomas de Depresión en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

Características	DEPRESION	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2 P OR IC
		Nº= 88	N°=52	%	N°=36	%	
RELACION LABORAL	Contrato temporal	45	22	(48,90)	23	(51,10)	0,44 0,33 O,53 0,1-1,89
	Estable	43	18	(41,90)	25	(58,10)	
ENFERMEDAD	Metabólica /auto-inmune	39	16	(41,00)	23	(59,00)	
	Otro	6	3	(50,00)	3	(50,00)	0,56 0,76
	Ninguna	43	21	(48,80)	22	(51,20)	
TRABAJO EN SERVICIO COVID-19	Si	69	34	(49,30)	35	(50,70)	1,88 0,13 0,28 0,07-1,07
	No	19	6	(31,60)	13	(68,40)	
FAMILIA CON COVID-19	Si	22	13	(59,10)	9	(40,90)	2,20 0,11 0,76 0,24-2,42
	No	66	27	(40,90)	39	(59,10)	

Tabla 5A
Factores: Relación Laboral, Enfermedad, Servicio COVID+ y Familia con COVID-19+ Asociados a Síntomas de Ansiedad en Personal Médico en Tiempos de Pandemia

Características	ANSIEDAD	Total	Moderado/ Severo		Leve		X^2 P OR IC
		Nº= 88	N°=52	%	N°=36	%	
RELACION LABORAL	Contrato	45	25	(55,60)	20	(44,40)	0,48 0,32 1,24 0,26-5,8
	Estable	43	27	(62,80)	16	(37,20)	
ENFERMEDAD	Metabólica /auto-inmune	39	24	(61,50)	15	(38,50)	
	Otro	6	5	(83,30)	1	(16,70)	2,11 0,35
	Ninguna	43	23	(53,50)	20	(46,50)	
TRABAJO EN SERVICIO COVID-19	Si	69	41	(59,40)	28	(40,60)	0,01 0,55 0,78 0,09-6,7
	No	19	11	(57,90)	8	(42,10)	
FAMILIA CON COVID-19	Si	22	14	(63,60)	8	(36,40)	0,51 0,40 0,99 0,28-3,5
	No	66	38	(57,60)	28	(42,40)	

Tabla 6
Análisis Multivariado

DEPRESIÓN	Wald	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo masculino	2,265	0,132	0,427	0,141	1,294
Jefe de hogar	6,462	**0,011**	6,180	1,517	25,169
2 centros de trabajo	5,812	**0,016**	4,519	1,326	15,403
Relación laboral contrato	0,939	0,333	1,866	0,528	6,586
Atiende pactes. COVID-19	3,430	0,064	3,473	0,930	12,967
Familia con COVID-19	0,211	0,646	1,311	0,412	4,170

ANSIEDAD	Wald	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo masculino	3,020	0,050	3,267	0,860	12,419
Jefe de hogar	1,274	**0,050**	0,388	0.075	2,007
2 centros de trabajo	13,949	**0,000**	4,519	1,326	15,403
Relación laboral contrato	0,077	0,333	0,043	0,008	0,225
Atiende pactes. COVID-19	0,47	0,064	0,788	0,093	6,772
Familia con COVID-19	0,00	0,646	0,999	0,283	3,530

CAPITULO IV

DISCUSION

TABLA 1 La edad prevalente de los médicos asistenciales, activos, participantes fue de 30 a 45 años en el 51,10%, quienes en su mayoría fueron contratados por la emergencia sanitaria debido a la pandemia existente, tanto especialistas como jóvenes médicos generales incluso sin el requisito de contar con Serums. A pesar de que salió el decreto supremo de restricción a trabajadores mayores de 60 años, muchos continuaron trabajando por la necesidad de los médicos especialistas. La mayoría de los médicos en el 67% fueron varones, y el 51,10% trabajaban en hospital denominados Covid-19, es decir centro asistencial exclusivo para pacientes Covid-19 positivo.

Y. Condori A. en un estudio de tesis de “Asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa” encontró que la mediana de la edad fue 31 años, con un rango Inter cuartil de 29 a 37 años, además el sexo predominante fue el femenino con un 53,9% (8).

Rümeysa Yeni Elbay et al. En su estudio de “Depresión, ansiedad, niveles de estrés en médicos y asociación a factores en COVID-19”, encontró una edad promedio de 36.05±8.69, además un predominio por el sexo femenino 56,8% (37), la edad promedio estuvo entre 35 – 40 años en la mayoría de estudios. Si bien es cierto que en nuestro estudio hay una predominancia del sexo masculino, en los trabajos que menciono existe un predominio ligero por el sexo femenino no llegan hacer estos significativos.

Lanying He et al., en su trabajo en China “Factores de riesgo para síntomas de

ansiedad y depresión en doctores durante la pandemia por covid-19" concluye que la edad (42.7 años) se comporta como un factor importante en el desarrollo de ansiedad y depresión en médicos que lucharon en primera línea (36).

TABLA 2 Los médicos demostraron presentar síntomas de depresión desde nivel moderado a severo en el 45,50% evidenciando tristeza profunda, con problemas para dormir, miedo y deseo en muchos casos de muerte. Los demás por la situación anormal que se atraviesa presentaron en general síntomas muy leves. Así mismo el 59,10% de los médicos asistenciales en general, presentaron síntomas de ansiedad manifestando estar nerviosos, en muchos casos indicaban que no podían controlar este estado, con dificultad para relajarse, irritabilidad. Los demás médicos también presentaron algunos síntomas similares pero muy leves. En un trabajo realizado en Egipto Hussien Elkholy et al. En su trabajo de investigación sobre "Salud mental en trabajadores sanitarios en primera línea expuestos a COVID-19 en Egipto, manifestaron una llamada a la acción", utilizando los mismos escores para ansiedad y depresión que en nuestro trabajo; reportaron (38), que, de 370 participantes con ansiedad, 175(36.2%) sufría de ansiedad leve, 118 (24.4%) ansiedad moderada, y 77, (15.9%) ansiedad severa. 353 (77.2%) tenían síntomas de depresión, 160 (35.0%) Síntomas de depresión leve, 109 (23.9%) moderada, y 84 (18.4%) fueron severa (38). Juhong Zhu et al., en su estudio "Prevalencia y factores influyentes de los síntomas de ansiedad y depresión en el personal médico de primera línea que lucha contra el covid-19 en Gansu" encontró que la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión en doctores fue de 11.4% and 45.6% respectivamente (34).

En otro estudio realizado en España por Juan Erquicia, et. Al., titulado "Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa" encontró que de un total de 395

trabajadores en primera línea encuestados un porcentaje significativo de profesionales reportaron síntomas de ansiedad moderada a severa (31.4%) y depresión (60.3%) (39).

TABLA 3. El 60% de los médicos mayores de 60 años demostraron síntomas graves de depresión, seguido del grupo de médicos jóvenes de 30 a 45 años con el 51,10%, no existe relación significativa siendo P mayor a 0.05. La mayoría de los que presentaron estos síntomas fueron mujeres 48,30%, mientras que el 55,90% de varones presentaron síntomas leves, no existe tampoco relación significativa ni constituye un factor de riesgo el sexo para síntomas de depresión, ya que el intervalo de confianza contiene al número 1 lo que indica no existir asociación significativa. En relación al estado civil, el 54,90% de los médicos con síntomas de moderado a grave fueron casados o convivientes con carga familiar y refieren temor de llevar el contagio a sus familias, muchos de estos médicos son jóvenes recién casados o convivientes con muchas responsabilidades económicas y expectativas de vida a pesar de que no existió relación significativa con P menor a 0.05. Los médicos residentes en su totalidad presentaron síntomas graves de depresión, seguido de los médicos asistenciales especialistas en el 48,90%, ya que casi en su totalidad se encontraron atendiendo pacientes COVID-19 positivos graves, en este caso existe relación significativa con P menor a 0.05. Desde el inicio de la pandemia los médicos residentes tuvieron que asumir la demanda exagerada de pacientes, el trabajo excesivo y el temor al contagio sin duda jugaron un rol importante en la aparición de síntomas de depresión. igualmente, la falta de médicos especialistas hizo que estos trabajen mucho más de lo habitual.

Condori Y., Al evaluar los factores asociados a la presencia de síntomas de depresión, encontró que, el ser mujer (RP: 1,30; IC95%: -1,58) así como, el tener alguna

enfermedad crónica en el momento del examen (RP: 1,39; IC95%: 1,13-1,70), aumentarían la probabilidad de presentar síntomas de depresión. Por otro lado, los factores que disminuirían la probabilidad de presentar síntomas de depresión serían el tener una pareja y estar casado o ser conviviente (RP: 0,69; IC95%: 0,54-0,89), el haber cambiado de residencia por motivos de trabajo (RP: 0,48; IC95%: 0,34-0,69), el tener carga económica familiar (RP: 0,73; IC95%: 0,59-0,90) y, el conocer a algún colega de trabajo infectado con COVID-19 (RP: 0,65; IC95%: 0,54-0,78) (8).

TABLA 3-A. La mayoría de médicos comprendidos entre las edades de 46 a 60 años, en el 57,90% demostraron ansiedad severa, manifestando irritabilidad permanente, intranquilidad, sensación de no poder contener la situación que vive, mientras que el personal joven no presenta estos síntomas, a pesar de no existir una relación significativa con P mayor a 0.05. Por otro lado, el 65,50% del personal de sexo femenino, también manifestaron éstos mismos síntomas, la mayoría tenían familia e hijos a su cuidado y a quien proteger, a pesar de no existir asociación entre ambas variables, por ser la OR 3.26 y el intervalo de confianza contiene al número 1 lo que indica que no existe significancia. Así mismo los médicos casados o convivientes que tienen gran responsabilidad económica en su hogar, en el 76,50% se encontraban con ansiedad moderada o severa, explicable porque existe miedo de trasladar el virus a sus hijos y familiares con los que conviven, existe relación significativa con P menor a 0.05. Así mismo el 100% de los médicos que se encuentran realizando estudios de especialidad denominado Residencia, demostraron ansiedad severa o moderada, indican que con su poca experiencia en el manejo y tratamiento de pacientes Covid-19 positivos, asumieron la responsabilidad y sobrecarga de pacientes, seguido del 68,90% de los médicos especialistas, responsables de las decisiones más importantes respecto al tratamiento de los referidos pacientes, existiendo relación

significativa entre la especialidad y la variable ansiedad, con P menor a 0.05. Condori Y. en su estudio sobre los factores asociados a la presencia de síntomas de ansiedad, reportó que el ser mujer (RP: 3,31; IC95%: 2,43-4,52), el tener una experiencia laboral mayor a 5 años (RP: 1,66; IC95%: 1,06-2,58), el tener alguna enfermedad crónica en el momento del estudio (RP: 2,75; IC95%: 2,09-3,63), el conocer a algún colega de trabajo que se haya infectado con COVID-19(RP: 1,05; IC95%: 1,02-2,22), aumentarían la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad. Cabe mencionar que el trabajar en un área de alto contacto con pacientes COVID-19, podría aumentar la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad (RP: 1,27; IC95%: 0,98-1,64), sin embargo, no fue estadísticamente significativo (p=0,071) (8).

En Europa Esquircia Juan et al., en su estudio “Impacto emocional de la pandemia por COVID-19 en trabajadores de la salud en uno de los más importantes brotes de infección en Europa” encontró que el personal, femenino, el personal joven, el personal que técnico y de enfermería que participaban directamente con los pacientes COVID-19 positivos, el personal que tenía niños esperando en casa, tuvieron un alto grado de ansiedad (39).

Lanying He en su estudio de factores de riesgo para síntomas de ansiedad y depresión en doctores durante la pandemia por covid-19, encontró que el sexo femenino, el tener edad joven y el tener niños en casa fueron los principales factores para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión en pandemia por covid-19 (36).

TABLA 4. Los médicos que trabajaban en Hospital Covid-19, donde todos los pacientes eran positivos, en el 57,80% demostraron depresión moderada a severa, con dificultad para concentrarse, muy cansados, desanimados, poca motivación de seguir adelante. Existe relación significativa con P menor a 0.05. Los médicos que son jefes de hogar con la responsabilidad de ser sostén de su familia el 50,80%

demostraron estos síntomas de depresión, mientras que el 65,50% no son jefes de hogar, o viven solos, constituye un factor protector con el intervalo de confianza menor a 1. Explicable porque el tener un hogar emocionalmente constituye una gran responsabilidad.

El 51,50% de médicos que trabajaban en más de un centro asistencial, demostraron síntomas moderados o graves de depresión, mientras que el 72,70% de los médicos con un solo centro laboral cumpliendo en su mayoría 25 turnos no reportan síntomas depresivos, existe relación significativa con P menor a 0.05 y OR con su intervalo de confianza menor al número 1 constituyendo un factor protector el trabajar en un solo centro laboral para no padecer síntomas de depresión en el personal médico. Rümeysa Yeni en Turquía en su tema “Depresión, ansiedad, niveles de estrés de los médicos y factores asociados en Pandemia por COVID-19” muestra que el trabajo en primera línea, el número de horas de trabajo estuvieron, el ser joven, el tener poca experiencia laboral estuvieron asociados a mayor depresión, mientras que el estado marital y tener niños en casa bajo responsabilidad no tuvieron alto escore para depresión (37).

TABLA 4-A. El 68,90% de médicos que trabajaban en hospital COVID-19 se encontraron síntomas moderados y severos de ansiedad, como preocupación excesiva por las cosas, irritabilidad, dificultad para relajarse y miedo, mientras que el 66,70% de los que trabajaban en el primer nivel de atención realizando acciones preventivas presentan síntomas de ansiedad leve, existe relación significativa con P menor a 0.05 entre la variable lugar de trabajo y Ansiedad. El 66,10% de los médicos que son jefes de hogar tienen temor a contagiar al resto de la familia y de por sí perder la vida por un contagio y dejar desamparados a los miembros de la familia,, mientras que el 55,20% de los que vivían solos o no eran jefes de hogar no

presentaron síntomas moderados de ansiedad, existe relación significativa entre la variable ser jefe de hogar y niveles de ansiedad, la OR es 0,38 y el intervalo de confianza contiene el número 1, lo que significa que no constituye factor de riesgo el ser jefe de hogar para padecer de síntomas graves de ansiedad. El 66,70% de médicos con más de un centro laboral como en varias clínicas simultáneamente presentan síntomas moderados o graves de ansiedad, mientras los que los que tienen un solo centro laboral no presentan estos síntomas, existe relación significativa con P menor a 0.05 y con un OR de 0,04 e intervalo de confianza menor de 1, lo que significa que es un factor protector el tener un solo trabajo.

Rümeysa Y. en Turquía en su tema “Depresión, ansiedad, niveles de estrés de los médicos y factores asociados en Pandemia por COVID-19” muestra que el trabajo en primera línea, el número de horas de trabajo estuvieron, el ser joven, el tener poca experiencia laboral estuvieron asociados a mayor ansiedad, mientras que el estado marital y tener niños en casa bajo responsabilidad no tuvieron alto escore para ansiedad (37).

Gupta S. Et al., En su trabajo “Encuesta de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre 1124 trabajadores de la salud durante la pandemia por covid-19 en todo India” Encontró los siguientes factores relacionados a mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión: el género femenino, el grupo de edad entre 20-35 años, no estar casado y ser enfermera o enfermero y trabajar directamente con pacientes que presentan síntomas de covid-19 en pandemia (40).

Edgar Efraín Pazmiño Erazo et al., en Ecuador en su trabajo “Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador” encontró que De los factores estudiados en el personal de salud, trabajar en la provincia del Guayas, la más afectada por la pandemia al

momento de realizarse el estudio, ser médico posgradista y percibir que no se cuenta con las medidas de protección necesarias marcan mayor probabilidad de síntomas de ansiedad, depresión, TEPT e insomnio. Además, el sexo femenino se encontró como factor asociado con síntomas de ansiedad (41).

Ali Raza et al., en un estudio “Factores que obstaculizan a los profesionales de salud el tratamiento adecuado contra la enfermedad por covid-19 en Pakistan” estudio cualitativo, encontró dos tipos de restricciones para llevar un trabajo adecuado, personal e institucional, este último incluye pobre condición de salas de aislamiento, falta de EPP (equipamiento protectivo personal), excesiva carga de trabajo y ausencia de soporte emocional, las restricciones personales incluyen nerviosismo, constante miedo a infectarse, miedo a llevar el virus a la familia, extremo soledad, sentirse impotente, este estudio encontró al personal de salud con alto grado de riesgo a contraer la infección y sufrir como consecuencia estrés, ansiedad y depresión (42).

TABLA 5. El 48,90% de los médicos con contrato temporal como Cas, contrato por terceros o contrato directo, se les detecta con síntomas depresivos de nivel moderado a grave, refieren tristeza profunda deseos de llanto continuo sobre todo al pensar que pueden morir, o que pueden dejar sin un respaldo económico a sus familiares, no existe relación significativa entre ambas variables ni asociación por tener una OR pequeña y estar contenido el número 1 dentro del intervalo de confianza, es decir el sistema de salud también fue desnudado en esta pandemia, existiendo más de cinco modalidades de contratos que van desde el nombramiento en Minsa y Essalud, Cas fijo, Cas COVID-19, contrato por terceros, contrato por empresa, etc. Siendo estos

últimos completamente lesivos al trabajador, por no tener acceso a beneficios como sepelio y luto, invalides, CTS, ESSALUD, AFP, etc.

El 41% de médicos que padecían de enfermedad metabólica como diabetes, hipertensión, enfermedad autoinmune, obesidad demostraron síntomas de depresión severa, pero continuaron trabajando por la necesidad de empleo, el ser vulnerable incrementa los síntomas depresivos, por lo que muchos médicos optaron por el retiro temporal del centro de trabajo sin ningún tipo de beneficios, otros en cambio por las deudas contraídas antes de la pandemia los obligó a seguir laborando pese a los riesgos establecidos.

Condori Y. en su estudio de investigación menciona que el presentar alguna enfermedad crónica (19,8%) como un factor de riesgo para presentar síntomas de depresión e insomnio (8).

El 49,30% de médicos que trabajan directamente en el servicio de Covid-19 positivo en contacto directo con pacientes graves, demostraron sentimientos de depresión, a diferencia del 68,40% de los que no trabajan en área Covid-19 no manifiestan síntomas de depresión, a pesar de no existir asociación significativa con el intervalo de confianza que contiene al número 1.

Condori Y. en su estudio menciona que el estar en contacto frecuente con personas infectadas con el COVID-19, sean pacientes, algún familiar, algún colega de trabajo, vecino etc., con quien se comparte vivienda, aumentaron la probabilidad de presentar síntomas de insomnio. Acorde a los resultados obtenidos, no solo la exposición directa del ambiente laboral puede afectar la salud mental, sino que también, el hecho de que la familia, amistades y personas de un entorno cercano hayan adquirido la enfermedad, puede generar un impacto psicológico en el personal de salud (8).

Así mismo el 59,10% de los que tuvieron familiares de línea directa positivos también

tenían síntomas moderados o graves de depresión con sentimientos de culpa en muchos casos de ser probables portadores el virus. El miedo a contraer la enfermedad y contagiar al núcleo familiar incremento los síntomas de depresión y ansiedad.

TABLA 5-A. El 62,80% de médicos nombrados o estables en su institución, presentaron síntomas moderados o graves de ansiedad, en muchos casos sin tener la posibilidad de pedir licencia, ya que estos síntomas no son causa justificada para descanso médico. En muchos hospitales de referencia se suspendieron los permisos, las vacaciones, etc. Por la gran demanda de pacientes, los médicos nombrados que salían de vacaciones regularmente todos los años se vieron afectados y recortados en sus derechos por lo que se incrementaron los síntomas de ansiedad a pesar de no existir relación estadísticamente significativa con P mayor de 0,05 y con OR baja con el intervalo de confianza que contiene al número 1.

El 61,50% de los médicos con enfermedad autoinmune o metabólica presentaron síntomas de ansiedad de moderada a grave, en su mayoría no deseaban dejar el trabajo por necesidad económica y se sentían obligados a seguir trabajando. En general los médicos que presentaron otras enfermedades como osteomusculares, cardiacas también tuvieron estos síntomas. No existe relación significativa entre las variables enfermedad y ansiedad. Así mismo el 59,40% de médicos que se encontraban atendiendo directamente pacientes COVID-19 positivos demostraron tener ansiedad moderada. En general todos los médicos tenían síntomas de ansiedad moderada. Los que indicaron tener familiares de primera línea positivos 63,60% indicaron sentir depresión con manifestación de llanto persistente, inapetencia etc. Los diversos estudios mostraban que los factores de riesgo como hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, inmunosupresión, tenían mayor posibilidad de enfermar gravemente y llegar incluso a Uci motivo por el cual se incrementaron los síntomas de

ansiedad, así mismo la atención diaria y extenuante a pacientes COVID-19positivo, incrementaban los síntomas, por el temor al contagio y el contagio a los familiares, estos síntomas se incrementaron al saber que tenemos un familiar positivo por causa nuestra o que habían fallecido.

En Trujillo Guevara A., en su estudio respecto a “Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas covid-19” reportó que el no tener nombramiento y el trabajar en área COVID-19, son factores asociados a ansiedad, con un odds ratio de 3.34, el cual fue significativo (p>0.05) (43).

TABLA 6. En el análisis multivariado, la variable de ser jefe de hogar, y simultáneamente trabajar en dos o más centros de trabajo, tienen alta probabilidad de presentar síntomas moderados a graves de depresión. Estos factores constituyen un factor de riesgo para padecer dicha enfermedad.

Mientras que las variables asociadas a Ansiedad, el hecho de ser médico sexo masculino, y a la vez ser jefe de hogar y trabajar en dos o más centros de trabajo tienen alta probabilidad de presentar síntomas moderados a graves de ansiedad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Factores como: ser residente, trabajar en primer nivel de atención, tener sobre carga laboral, están relacionados con síntomas de depresión. Mientras que edad, sexo, estado civil, jefe de hogar, relación laboral, tener o padecer una enfermedad crónica, trabajar en servicio COVID-19, familia COVID-19 positivo no están relacionados a depresión.

Factores como: residente, trabajar en primer nivel de atención, jefe de hogar, trabajar en más de un hospital, trabajar en servicio COVID-19 están relacionados con

síntomas de ansiedad. Mientras que edad, sexo, estado civil, relación laboral, padecer enfermedades crónicas, tener familia COVID-19 positivo no están relacionados a síntomas de ansiedad.

5.2. RECOMENDACIONES

(1) Junto a los Departamentos de Psicología y Recursos humanos de cada hospital diseñar un protocolo de intervención sanitaria y atención al personal médico en forma obligatoria por lo menos una vez por semana en los hospitales de la región Lima COVID-19 y no COVID-19, a través de medios disponibles y de acuerdo al contexto de la pandemia, como telesalud, recursos en línea y consejería virtual.

(2) Implementar en cada hospital como parte del trabajo, grupos motivacionales en red, estimular y premiar la práctica de caminatas y ejercicios al aire libre, así como el uso de medios de transporte no motorizados como bicicletas.

(3) Realizar estudios y medidas permanentes de las medidas e intervenciones realizadas, incluso posteriores al brote.

(4) Ampliar la muestra poblacional, incluyendo a personal de enfermería, personal técnico, y otro personal de apoyo que participa en la atención de la salud de la población.

Bibliografía

1. OMS. Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS. [Online].; 2020 [cited 2021 Junio 04. Available from: https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19.
2. El Peruano. Normas_Legales_20200311_EXTRAORDINARIA.indd. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 06. Available from: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/.
3. Plataforma digital única del estado peruano. Coronavirus en el Perú. Lia 2020. [Online].; 2020 [cited 2020 Junio 21. Available from: https://www.gob.pe/coronavirus.
4. Organizacion Mundial de la Salud.COVID-19: cronologia de la actuacion de la OMS. [Online].; 2020 [cited 2020 Abril 27. Available from: https://www.who.int/es/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid-19.
5. José Luis Jiménez-López aJAOUAG. medigraphic.com. [Online].; 2015 [cited 2021 agosto 06. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf.
6. @zwilliamsmd. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 07. Available from: https://www.usnews.com/news/healthiest-communities/articles/2020-08-19/health-care-workers-are-heroes-and-they-need-help.
7. Jianbo Lai M, Simeng Ma M, Ying Wang M, Cai Z. Jama Network. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 08. Available from: file:///C:/Users/wjfra/Downloads/lai_2020_oi_200192%20(6).pdf.
8. Condori Arias Y. repositorio institucional UNSA-Arequipa. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 8. Available from: http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070.
9. SOLANO VM. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 09. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/.
10. Zhanga Wr. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the CO. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 08. Available from: https://www.karger.com/Article/Pdf/507639.
11. J.Serrano-Ripoll M. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 08. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720326392?via%3Dihub#!
12. Daniela L. Giardino ,CHIMR. pubmed. [Online].; 2020 [cited 2021 Junio 22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33059247/.
13. Şahin MK. Journal of Community Health (2020) 45:1168–1177. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 16. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-020-00921-w.
14. Resolucion Ministerial N° 095-2020-MINSA. Diario el Peruano. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 30. Available from: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico- plan-nacional-de-reforzamien-resolucion-ministerial-n-95-2020-minsa-1865068-1/.
15. Gerencia Regional de Salud de Arequipa.. Plan Regional de reforzamiento de servicios de salud y contencion del COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 19. Available from: http://saludarequipa.gob.pe/wp/wp-content/uploads/2020/05/Plan-Regional-Arequipa-18052020.pdf.
16. Radio Programas del Perú. Servicios no personales: el tipo de contrato que desprotege

. al personal de la salud en medio de la COVID-1. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 20. Available from: https://rpp.pe/noticias/servicios-no-personales.

17 Ruiloba JV. Elsevier. [Online]. Barcelona-España: Elsevier Masson; 2015 [cited 2020 . agosto 18. Available from: https://www.elsevier.com/books/introduccion-a-la-psicopatologia-y-la-psiquiatria-studentconsult-en-espanol/unknown/978-84-458-2584-6.

18 American Psychiatric Association. www.eafit.edu.co. [Online].; 2014 [cited 2020 Agosto . 15. Available from: https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf.

19 Calderón M. Scielo Perú. [Online].; 2012. Available from: . http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027.

20 Peter Giacobbe MMF, Alastair Flint MFF. giacobbe2018. [Online].; 2018 [cited 2021 . enero 19. Available from: https://sci-hub.se/10.1212/CON.0000000000000607.

21 Ventura Bances MP. cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2009 [cited 2020 Agosto 25. . Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/618.

22 Muhammad Ali Awab Sarwar HS. jspsp.pk. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 12. . Available from: https://jcpsp.pk/article-detail/the-impact-of-covid19-on-the-mental-health-of-healthcare-professionals.

23 Luis A Díaz-Barreiro JCA. Cardiovascular and Metabolic Science. [Online].; 2020 [cited . 2020 Octubre 13. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascuar/cms-2020/cmss203e.pdf.

24 Dae Gyun Ahn HJS. Reviuw Jmb. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 21. Available . from: https://drive.google.com/file/d/1q15Rk2ernSc8uTyWynRtiTJ1f0WRdBdC/view.

25 Julio Torales MO. Email: a.ventriglio@libero.it. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 21. . Available from: https://sci-hub.do/10.1177/0020764020915212.

26 Sergio Ignacio Muñoz-Fernández DMV. www.mediagraphic.com. [Online].; 2020 [cited . 2020 Setiembre 27. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf.

27 Jeff-Huarcaya-Victoria. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Online].; 2020 [cited 2020 . Julio 23. Available from: http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419.

28 LLumipanta ARJ. repositorio.uisek.edu.ec. [Online].; 2020 [cited 2020 Setiembre 10. . Available from: https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/.

29 Álvaro Monterrosa-Castro M,E,RDR. docs.bvsalud.org. [Online].; 2020 [cited 2020 . Octubre 12. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117984/3890-estres-laboral-ansiedad-y-miedo-covid.pdf.

30 Le Shi P, Zheng-An Lu M, Jian-Yu Que M, al e. es.jamanetwork.com. [Online].; 2020 . [cited 2020 Setiembre 19. Available from: https://es.jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767771.

31 Han S. Han et al. BMC Psychiatry. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 11. Available . from: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03291-2.

32 Shah J. BMJ open. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 09. Available from: . https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/6/e050316.full.pdf.

33 Tasnim R. BMC Psychiatry. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 12. Available from: . https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03243-w.

34 Zhu J. Front. Psychiatry. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 11. Available from: . https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00386/full.

35 Wilson W. Indian J Psychol Med. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 09. Available from: . https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33398224/.

36 He L. Front. Psychiatry. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 12. Available from: . https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.687440/full.

37 Rümeysa Yeni Elbay AK. Search in PubMed. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 13.

. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497969/.

38 Hussien Elkholy et a. pubmed. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 06. Available from:
. https:/www.researchgate.net.

39 al. JEe. Med Clin (Barc). [Online].; 2020 [cited 2021 enero 06. Available from:
. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7381886/.

40 Gupta S. ScienceDirect. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 12. Available from:
. https://sci-hub.se/10.1016/j.mjafi.2020.07.006.

41 Erazo EEP. Rev Colomb Psiquiatr. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 11. Available
. from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896823/.

42 Raza A. frontiers in psychology. [Online].; 2020 [cited 2020 agosto 18. Available from:
. https://sci-hub.st/10.3389/fpsyg.2020.572450.

43 Arce Guevara MG. repositorio.upao.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 12.
. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/.

44 Gin S Malhi JJM. Lancet 2018. [Online].; 2018 [cited 2021 Enero 19. Available from:
. https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736(18)31948-2.

45 Muna Alshekaili et a. Now published in BMJ. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 07.
. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.23.20138032v1.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo invitamos a participar del estudio “Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los Diferentes hospitales del País.

Propósito del estudio:

Dada la coyuntura actual que enfrenta el país producto de la pandemia del COVID-19, cabe resaltar su preciada labor como personal de salud en la lucha contra misma. Así mismo, somos conscientes que como personal de salud, y en mayor medida quienes trabajan directamente con casos confirmados y sospechosos de COVID-19, son vulnerables a un alto riesgo de infección como a desarrollar problemas de salud mental.

Por ese motivo, es que el propósito del presente estudio es determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales del país. Estos datos servirán como un aporte para la implementación de medidas de apoyo psicológico para el personal de salud.

Su participación es totalmente VOLUNTARIA. Puede decidir no participar, o retirarse de la encuesta en cualquier momento. Si decide participar, luego de contar con su consentimiento, se abrirá una encuesta virtual, cuyo llenado le tardará MENOS DE 10 MINUTOS. Todas sus respuestas serán confidenciales. A través de la encuesta podremos indagar acerca de su información general y, la presencia de algunos síntomas de depresión, ansiedad, y síntomas relacionados al insomnio. Toda la información recogida será guardada en formato electrónico, cuyo acceso será restringido a los autores del estudio. Se le asegura la confidencialidad y el carácter ANÓNIMO de la información que brinde. Si usted tuviera alguna pregunta sobre el estudio, por favor contáctese al correo wjfrancom@hotmail.com.

Este estudio ha sido autorizado por el Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. Agradecemos su

participación.

- ⊙ Sí, doy mi consentimiento
- ⊙ No deseo participar del estudio

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su sexo?
   - ⊙ Femenino
   - ⊙ Masculino
2. ¿Qué edad tiene?

   ☐
3. ¿Cuál es su estado civil actual?
   - ⊙ Casado/a
   - ⊙ Viudo/a
   - ⊙ Divorciado/a
   - ⊙ Separado/a
   - ⊙ Soltero/a
4. Grado Académico
   - ⊙ Médico Cirujano o General
   - ⊙ Médico especialista
   - ⊙ Médico residente
   - ⊙ Magister o Doctor
5. ¿En qué área desempeña actualmente su labor médica?
   - ⊙ Emergencia, UCI, Shock trauma
   - ⊙ Medicina y especialidades
   - ⊙ Pediatría
   - ⊙ Ginecología y Obstetricia
   - ⊙ Cirugía y Especialidades
6. ¿Es usted jefe de hogar? ¿Su familia depende de sus ingresos?
   - ⊙ Si
   - ⊙ No
7. ¿En cuántos centros laborales trabaja Ud., al mes?
   - ⊙ Sólo uno

- ⦿ Más de uno
- ⦿ Más de dos

8. Relación laboral
   - ⦿ Nombrado "Bajo ley 276"
   - ⦿ MINSA/ESSALUD
   - ⦿ Contrato directo "Bajo Ley 728"
   - ⦿ ESSALUD
   - ⦿ CAS MINSA/ESSALUD
   - ⦿ CAS "COVID-19" MINSA/ESSALUD
   - ⦿ Contrato por terceros MINSA/ESSALUD
9. ¿Sufre actualmente de alguna enfermedad crónica? ⦿ Sobre peso u obesidad
   - ⦿ Hipertensión Arterial
   - ⦿ Enfermedad oncológica
   - ⦿ Enfermedad autoinmune
   - ⦿ Ninguna enfermedad
   - ⦿ Otra enfermedad
10. ¿Trata o ha tratado pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19? (bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)
    - ⦿ Si
    - ⦿ No
11. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19? (bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)
    - ⦿ Si
    - ⦿ No
12. ¿Algún familiar suyo con quien tiene contacto directo ha sido diagnosticado con COVID-19? (bajo el criterio de prueba serológica y/o molecular)
    - ⦿ Si
    - ⦿ No
13. ¿Trabaja Ud. en contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados?
    - ⦿ Primera línea

⦿ Segunda línea

ANEXO 3

Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	>30 ó <30	Años	Ordinal
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Directo	Casado Conviviente Soltero Separado	Nominal
Grado académico	Último año de estudios alcanzados	Médico cirujano Residente médico Especialista,	Ordinal
Área de trabajo	Directo	Hospital COVID-19 u Hospital No COVID-19 Centro, puesto de salud	Nominal
Situación familiar	Jefe de hogar	Si No	Nominal
Sobrecarga laboral	Directo	Trabaja en Solo uno Dos establecimientos Más de dos	Nominal
Lugar en el trabajo	Directo	UCI, Emergencia, patología, OTROS	Nominal
RELACION LABORAL	Tipo de contrato	CAS Nombrado 276 0 728	
Médicos Covid(+)	Directo	Si No	Nominal
Familiar Covid (+)	Directo	Si No	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTES			
Síntomas de depresión (PHQ-9)	Grado de severidad	No presenta (0-4) Leve (5-9) Moderada (10-14) Moderadamente severa (15-19)	Ordinal
Síntomas de ansiedad (GAD-7)	Grado de severidad	No presenta (0-4) Leve (5-9) Moderada (10-14)	Ordinal

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 4

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

En las dos últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "x").

	Ningún día	Varios días De (1-6 días)	La mayoría de días (7-11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. ¿Pocas ganas o interés de hacer las cosas?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a): triste o sin esperanzas?	☐	☐	☐	☐
3- ¿Problemas para dormir o mantenerse dormido(a), o dormir demasiado?	☐	☐	☐	☐
4. ¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Poco apetito o comer en exceso?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Sentirse mal acerca de si mismo(a) o sentirse que es un(a) fracasado(a) o que se ha fallado así mismo(a) o a su familia?	☐	☐	☐	☐

7. ¿Dificultad para poder concentrarse o poner atención en las cosas que hace?	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
8. ¿Moverse o hablar más lento de lo normal? estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
9. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

ANEXO 5

ESCALA DEL TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Durante Las últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días De (1-6 días)	La mayoría de días (7-11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o con los nervios de punta	☐	☐	☐	☐
2. No poder dejar de preocuparse o no poder dejar la preocupación	☐	☐	☐	☐
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	☐	☐	☐	☐
4. ¿Pocas ganas o interés de hacer las cosas?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a): triste o sin esperanzas?	☐	☐	☐	☐
6. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormido(a), o dormir demasiado?	☐	☐	☐	☐
7. ¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?	☐	☐	☐	☐

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIAS
Problema General: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados, a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal Médico que labora en los hospitales de Lima 2020?	**Objetivo General:** Determinar si los factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de trabajo, jefe de hogar, carga laboral, relación laboral, enfermedad, trabaja en servicio covid, Familia con covid, están asociadas a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia	La mayor edad, el sexo femenino, el estado civil (casado o conviviente), Ocupación como especialista, lugar de trabajo con atención directa a pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, ser jefe de hogar, carga laboral con trabajo en más de un centro laboral, relación laboral contratado inestables temporales, padecer de enfermedad, trabajo en servicio covid, tener familiares positivos a COVID-19, son factores asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial	Es un estudio de asociación. Descriptivo con diseño transversal	Edad	>30 ó <30	Años
				Sexo	C. sexuales secund.	Masculino Femenino
				Estado Civil	Directo	Casad/ Convivien Soltero Separado
				Grado académico	Último año de estudios alcanzado	Médico cirujano Residente Especialista
				Área de trabajo	Directo	Hosp.Covid/ No Covid
				Sit. familiar	Jefe de hogar	Centro, puesto Si /No
				Sobrecarga laboral	Directo	1-2 establ de trabajo Más de dos
				Lugar en el trabajo	Directo	UCI, Emergencia, patología, Otros
				Relación Laboral	Tipo de contrato	CAS Nombrado 276- 728
				Médicos Covid+	Directo	Si/No
				Familiar Covid+)	Directo	Si/No
				V.DEPENDIEN.		
				Síntomas de depresión	Grado de severidad	No (0-4),Leve (5-9) Moderada (10-14) severa (15-19)
				Síntomas de ansiedad (GAD-7)	Grado de severidad	No presenta (0-4) Leve (5-9) Moderada (10-14)

BASE DE DATOS

56	Femenino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
63	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
60	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
70	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
48	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
42	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	OTRO	SI	SI	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
62	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
62	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
48	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	SOLO 1	CONTRATADO	OTRO	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
53	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
38	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
46	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	CONTRATADO	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
31	Femenino	SOLT	ESPECIALISTA	NO COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
53	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	ESTABLE	OTRO	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
30	Femenino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE

55	Masculino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
51	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	NO
50	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
36	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
37	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	OTRO	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
42	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
32	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
50	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
33	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	SOLO 1	CONTRATADO	OTRO	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
38	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
36	Masculino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
36	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
50	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
50	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
49	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
38	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	METABOLICA	NO	SI	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	SEVE
52	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	NO COVID	SI	SOLO 1	CONTRATADO	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
48	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE

31	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
38	Masculino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
58	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
30	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
61	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
47	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	SI	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
54	Femenino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	SI	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
49	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	NO	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	SI	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
49	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	OTRO	NO	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
53	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
30	Femenino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
31	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
31	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
33	Femenino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
33	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
32	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO

32	Femenino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
33	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
31	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
31	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
58	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
58	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	NIVEL	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
36	Femenino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
30	Masculino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
34	Femenino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
36	Masculino	CASADO/CONVIV	RESIDEN	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
50	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
58	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	NIVEL	SI	MAS DE 1	ESTABLE	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	SEVE

48	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
38	Masculino	CASADO/CONVIV	MED.CIRUJANO	PRIMER NIVEL	SI	SOLO 1	ESTABLE	METABOLICA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
46	Femenino	DIVORCIADO	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	SOLO 1	CONTRATADO	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
31	Femenino	SOLT	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	NO
50	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
40	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	SEVE/MOD	SEVE
50	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	SEVE
60	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	SEVE
45	Femenino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	SEVE
53	Masculino	CASADO/CONVIV	ESPECIALISTA	NO COVID	SI	MAS DE 1	ESTABLE	METABOLICA	NO	NO	SEGUNDA LINEA	LEV/NO	SEVE
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
30	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
32	Femenino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
31	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	NO	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
33	Masculino	SOLT	MED.CIRUJANO	HOSP COVID	SI	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO
30	Masculino	SOLT	ESPECIALISTA	HOSP COVID	NO	MAS DE 1	CONTRATADO	NINGUNA	SI	SI	PRIMERA LINEA	LEV/NO	NO

TÍTULO: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS ASÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓf\! EN PERSONAL r\~EDICO ASISTENCIAL, EN TIEMPOS DE PANDEMIA. LIMA 2020

=Obllqatcr¡o

1. ¿Cuál es su sexo? * 3 puntos

Marca solo un óvalo.

X Femenino

Masculino

2. ¿Qué edad tiene?" 3 PU~"C S

38 años

3. ¿Cuál es su estado civil actual? * 3 ;JUíIICS

Marca solo un óvalo.

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Separado/a

Soltero/a

4. Grado Académico * 3 punto

Marca so/o *un óvalo.*

- Médico-Cirujano o General
- Médico especialista
- Médico residente
- Magister o Doctor

5. ¿En qué área desempeña actualmente su labor médica?* 3 punto

Marca so/o *un óvalo.*

- Emergencia, UCI, Shock trauma
- Medicina y especialidades
- Pediatría
- Ginecología y obstetricia
- Cirugía y especialidades

6. ¿E:; usted jefe de hogar? ¿Su familia depende de sus ingresos?* 3 puma

Marca so/o *un óvalo.*

- S
- No

7. ¿En cuántos centros laborales trabaja Ud., al mes?* 3 punto

Marca so/o *un óvalo.*

- sólouno
- Más de uno
- Más de dos

8. Relación laboral* 3 puntes

Marca so/o *un óvalo.*

- [x] Nombrado "Gajo ley 276" MINSA/ESSALUD
- [ ] Contrato directo "Bajo Ley 728" ESSALUD
- [ ] CAS MINSA/ESSALUD
- [ ] CAS "COVIQ-¡ 9" MINSA/ESSALUD
- [ ] Contrato por terceros MINSA/ESSALUD

9. Relación laboral* 3 puntos

Marca so/o *un óvalo.*

- [x] Nombrado "Bajo ley 276" MINSA/ESSALUD
- [ ] Contrato directo "Bajo Ley 728" ESSALUD
- [ ] CAS MINSA/ESSALUD
- [ ] CAS "COVID-19" MINSA/ESSAL.UD
- [ ] Contrato por terceros MINSA/ESSALUD

10. ¿Sufre actualmente de alguna enfermedad crónica?* 3 puntos

Marca so/o *un óvalo.*

- [ ] Sobre peso u obesidad
- [ ] Hipertensión Arterial
- [ ] Enfermedad oncológica
- [ ] Enfermedad autoinmune
- [x] inguna enfermedad
- [ ] Otra enfermedad

11. ¿Trata o ha tratado pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19? (bajo criterio de prueba serológica y/o molecular) * 3 puntos

Marca so/o *un óva/o.*

- [x] Si
- [ ] No

12. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19? (bajo criterio de prueba serológica y/o molecular) * 3 puntos

Marca so/o *un óva/o.*

- [ ] Si
- [x] No

13. ¿Algún familiar suyo con quien tiene contacto directo ha sido diagnosticado con COVID-19? (bajo *el* criterio de prueba serológica y/o molecular) * 3 puntos

Marca so/o *un óva/o.*

- [ ] Si
- [x] No

14. ¿Trabaja Ud. en contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados?*

Marca so/o *un óva/o.*

- [x] Primera línea
- [ ] Segunda línea

5. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)En las dos últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una

Selecciona todos los que correspondan.

	Ningún día	Varios días de (1-6 días)	La mayoría de días (7-11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
Pocas ganas o interés de hacer las cosas	X			
¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?		X		
¿Poco apetito o comer en exceso?	X			
¿Sentirse mal acerca de si mismo(a) o sentirse que es un(a) fracasado(a) o que ha fallado así mismo(a) o a su familia?	X			
¿Dificultad para poder concentrarse o poner atención en las cosas que hace?	X			
¿Moverse o hablar más lento de lo normal? estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	X			
¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	X			
Se ha sentido decafdo(a), deprimido(a) o sin esperanzas	A			
Se ha sentido decaído deprimido o un poca esperanza	X			

Fila 9

16. *Marca solo un óvalo.*

Opción 1

Sección sin título

17. LESCALA DEL TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)Durante Las últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? * 21 puntos

Marca solo un óvalo por ttle.

	Ningún día	Varios días de (1-6 días)	La mayoría de días (7-11días)	Casi todos los días (12 a más días)
Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o con los nervios de punta	X			
No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación				
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	X			
Dificultad para relajarse				
Estar tan inquieto que es difícil permanecer sentado tranquilamente	A			
Molestarse o ponerse irritable fácilmente				
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar				

5. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)En las dos últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una

Selecciona todos los que correspondan.

	Ningún día	Varios días de (1-6 días)	La mayoría de días (7-11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
Pocas ganas o interés de hacer las cosas	X			
¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?		X		
¿Poco apetito o comer en exceso?	X			
¿Sentirse mal acerca de si mismo(a) o sentirse que es un(a) fracasado(a) o que ha fallado así mismo(a) o a su familia?	X			
¿Dificultad para poder concentrarse o poner atención en las cosas que hace?	X			
¿Moverse o hablar más lento de lo normal? estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	X			
¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	X			
Se ha sentido decafdo(a), deprimido(a) o sin esperanzas	A			
Fila 9	Se ha sentido decaído deprimido o un poca esperanza X			
pasar	X			

16.

Marca solo *un óvalo.*

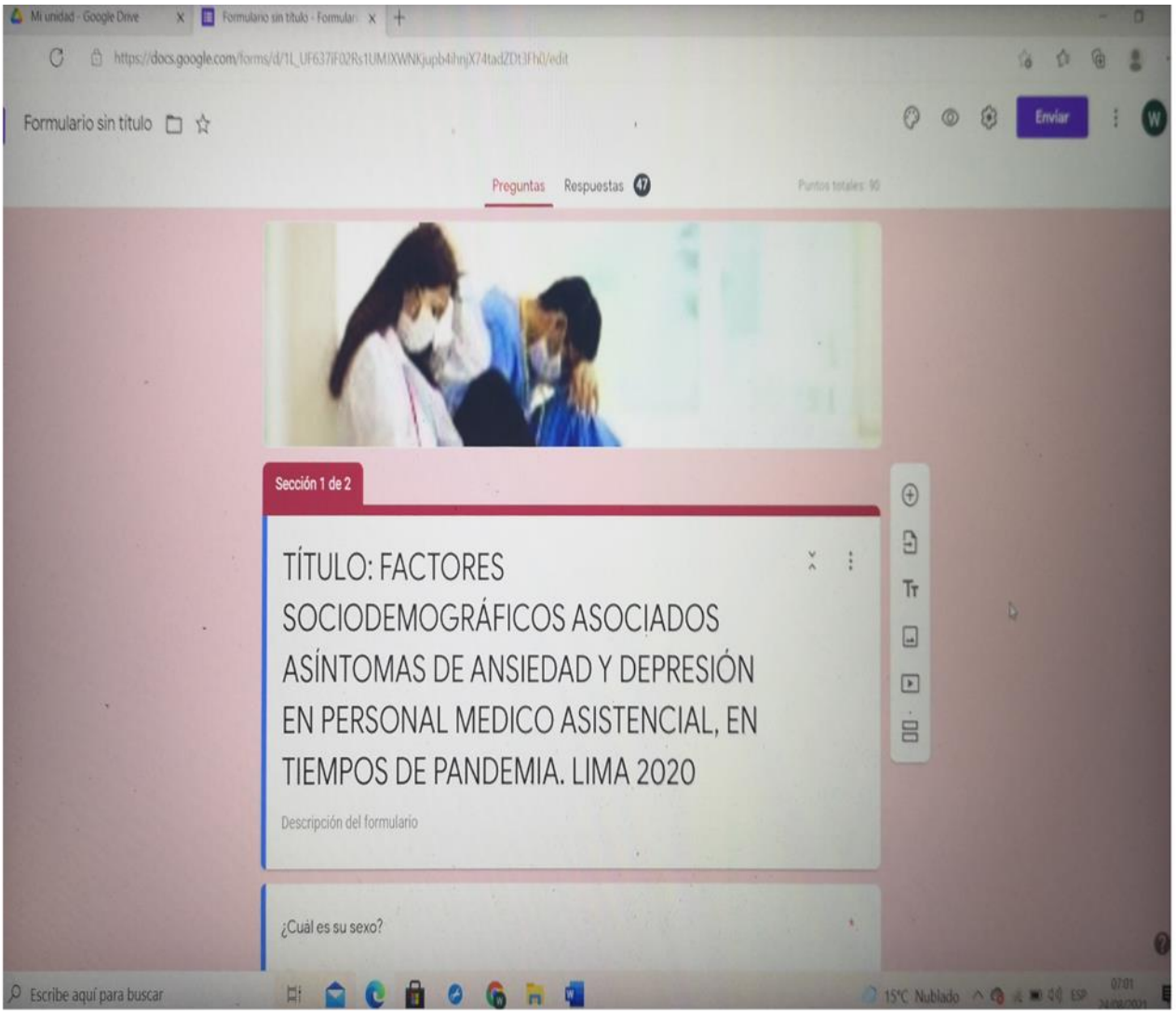
Opción 1

Sección sin título

17. LESCALA DEL TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)Durante Las últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? * 21 puntos

Marca solo un óvalo por ttle

	Ningún día	Varios días de (1-6 días)	La mayoría de días (7-11días)	Casi todos los días (12 a más días)
Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o con los nervios de punta				
No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación				
Preocuparse demasiado por diferentes cosas				
Dificultad para relajarse				
Estar tan inquieto que es difícil permanecer sentado tranquilamente				
Molestarse o ponerse irritable fácilmente				
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar				



https://docs.google.com/forms/d/1L_UF637iF02Rs1UMJXWNKjupb4ihnjX74tadZDt3Fh0/edit