

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Bach. LAZARO SANCHEZ, Jhony Omar

Bach. SEPTIMO AQUIÑO, Giorini Grey

ASESORA: Dra. REYES NARVÁEZ, Silvia Elizabet

HUARAZ – PERÚ

2022



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

8. Referencia bibliográfica: _____

9. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo. Acceso

restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:



10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

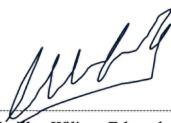
12. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:




Varillas William Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A
OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Línea de Investigación (*): _____

8. Sub-línea de Investigación (*): _____

() Según resolución de aprobación del proyecto de tesis*

9. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. Referencia bibliográfica: _____

11. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo.

Acceso restringido** al contenido completo

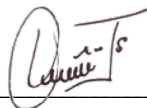
Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:



12. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

13. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

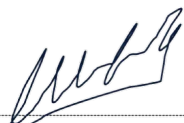
14. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:




Varillas Wiliam Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra s/n - Tele/Fax 423576
HUARAZ - ANCASH - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentado por el Bachiller en Enfermería:

LAZARO SANCHEZ, Jhony Omar

De la Tesis Titulada
"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ - 2021"

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas, lo declaran aprobado con el calificativo de **Diecisiete (17)**, en consecuencia, el sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 07 de febrero del 2022.


Dra. Rosario Margarita YSLADO MÉNDEZ
PRESIDENTA


Dra. Eufrasia ORIUNDO RAMOS
SECRETARIA


Lic. Emilio Alejandro GUILLERMO FELIPE
VOCAL

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentado por el Bachiller en Enfermería:

SEPTIMO AQUINO Giorini Grey


De la Tesis Titulada
“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ - 2021”

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas, lo declaran aprobado con el calificativo de **Dieciocho (18)**, en consecuencia, el sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 07 de febrero del 2022.


Dra. Rosario Margarita YSLADO MÉNDEZ
PRESIDENTA


Dra. Eufrasia ORIUNDO RAMOS
SECRETARIA


Lic. Emilio Alejandro GUILLERMO FELIPE
VOCAL

FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL JURADO



DRA. ROSARIO MARGARITA YSLADO MENDEZ
PRESIDENTA



DRA. EUFRASIA ORIUNDO RAMOS
SECRETARIA



LIC. EMILIO ALEJANDRO GUILLERMO FELIPE
VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Silvia", is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a circular scribble. A long, sweeping horizontal line extends from the left side of the signature across the page.

DRA. SILVIA ELIZABET REYES NARVAEZ
ASESORA

DEDICATORIA

A DIOS por darme la vida, fortaleza y fuerza espiritual que fueron necesarios para concluir mi carrera. A mi madre Elena Sánchez por su sacrificio y esfuerzo, quien siempre fue la columna y la impulsora durante mi formación profesional. A mi hermana y mis tías por ser fuente de inspiración, motivación y por siempre brindarme el apoyo incondicional.

JHONY LAZARO SANCHEZ.

A mis hermanas Marilyn y Anita por su cariño y apoyo incondicional, por tenerme como ejemplo y guía para ellas y a su vez ser mi motivo y razón para avanzar en la vida. En especial hasta el cielo a mi hermano Evanz Adriel por cuidarme y guiar mis pasos junto a nuestro Padre Celestial quien llena mi corazón de esperanza y paz.

GIORINI SEPTIMO AQUIÑO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Facultad de Ciencias Médicas por ser parte de mi formación profesional en enfermería; a los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por ser parte de mi formación profesional, quienes me compartieron su conocimiento, experiencia, e inculcaron valores. Un agradecimiento especial a mi asesora Dra. Silvia Reyes Narváez; a mis jurados por brindarme consejos y recomendaciones para elaboración y término del presente trabajo de investigación y a todo el personal de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz.

JHONY LAZARO SANCHEZ.

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad. Gracias a mis padres Teodilo y Rosa, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado. A mis amigos quienes estuvieron presente durante mi formación profesional.

GIORINI SEPTIMO AQUIÑO

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|-----|
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. HIPÓTESIS | 20 |
| 3. BASES TEÓRICAS | 25 |
| 4. MATERIALES Y MÉTODOS | 68 |
| 5. RESULTADOS | 76 |
| 6. DISCUSIÓN | 87 |
| 7. CONCLUSIONES | 94 |
| 8. RECOMENDACIONES | 95 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 97 |
| ANEXOS | 113 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021, fue una investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 56 profesionales de enfermería; para medir la ansiedad se utilizó como instrumento la escala de ansiedad de Hamilton. Para medir la depresión se utilizó la escala de inventario de depresión para adultos de Beck (BDI-II). De acuerdo a los resultados, el mayor porcentaje (44.64%) del total de profesionales de enfermería presentan ansiedad leve. En relación a las dimensiones de la ansiedad. Se encontró que, en el área psíquica, predomina la ansiedad leve (55.36%) y según el área somática predominan la ansiedad moderada (35.72%). En relación a la depresión, se determinó que el (53.57%) tienen depresión mínima; con respecto a las dimensiones de la depresión. En el área cognitiva, predomina la depresión mínima (67.86%); en las áreas afectiva-emocional y área física-conductual predomina la depresión leve (44.64%) y (37.50%) respectivamente. Se concluye que existe ansiedad y depresión en los profesionales de enfermería de las áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz durante la pandemia SARS-CoV-2; predominando la ansiedad leve y la depresión mínima, por lo tanto, se cumple la hipótesis de investigación.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión; Pandemia; SARS-CoV-2; Enfermería.

ABSTRACT

The general objective of this research was: To determine the level of anxiety and depression during the SARS-CoV-2 pandemic in nursing professionals from COVID-19 areas, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2021, it was a research with a quantitative, descriptive approach, non-experimental cross-sectional design, the sample consisted of 56 nursing professionals; To measure anxiety, the Hamilton anxiety scale was used as an instrument. The Beck Adult Depression Inventory Scale (BDI-II) was used to measure depression. According to the results, the highest percentage (44.64%) of all nursing professionals present mild anxiety. In relation to the dimensions of anxiety. It was found that, in the psychic area, mild anxiety predominates (55.36%) and according to the somatic area, moderate anxiety predominates (35.72%). In relation to depression, it was determined that (53.57%) have minimal depression; regarding the dimensions of depression. In the cognitive area, minimal depression predominates (67.86%); in the affective-emotional and physical-behavioral areas, mild depression predominates (44.64%) and (37.50%) respectively. It is concluded that there is anxiety and depression in nursing professionals in the COVID-19 areas of the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz during the SARS-CoV-2 pandemic; mild anxiety and minimal depression prevailing, therefore, the research hypothesis is fulfilled.

Keywords: Anxiety, Depression; Pandemic; SARS-CoV-2; Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial los profesionales de enfermería siguen en lucha contra la pandemia producida por el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) descubierto recientemente. Esta enfermedad era incierta antes de que se presentara el brote epidémico a finales de diciembre del 2019 y se empezarán a notificar en la ciudad de Wuhan (China) una serie de casos por neumonías de origen desconocido; luego de analizar al patógeno causante, se identificó que se trataba de un Betacoronavirus (ARN) con una similitud filogenética; con el SARS-CoV, por lo que pasó a llamarse SARS-CoV-2, provocando la denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ⁽¹⁾.

Debido a la proliferación acelerada de esta enfermedad, el 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó al brote como una emergencia de salud pública de interés global y posteriormente por las consecuencias globales, el 11 de marzo del 2020 se denominó a COVID-19 de categoría pandemia ⁽²⁾.

A tal efecto que los casos de COVID-19 se han incrementado considerablemente, que a la fecha 30 de mayo del 2021, a nivel mundial la OMS reportó 169.597.415 casos confirmados de COVID-19, incluidas 3.530.582 muertes; además el continente de América presenta 67.178.933 casos confirmados por COVID-19, Europa 54.239.497, El sudeste de Asia 31.605.221, Mediterráneo Oriental 10.074.924, África 3.497.924 y Pacífico Oeste 3.000.152 casos confirmados ⁽³⁾.

Hasta el 30 de mayo del 2021, un total de 67.178.933.705 casos de COVID-19 han sido registrados en América Latina y el Caribe. Siendo Brasil el país más afectado por esta pandemia en la región, con alrededor de 16,3 millones de casos confirmados. Argentina se ubica en segundo lugar, con casi 3,6 millones de infectados. En tercer lugar, Colombia con alrededor de 3.3 millones; México por su parte ha registrado un total de 2.405.772 casos y Perú un total de 1.942.054 casos de COVID-19. Dentro de los países más afectados por el COVID-19, en América Latina también se encuentran Canadá, Chile, Ecuador, Panamá y Bolivia ⁽³⁾.

En Perú se reportó el primer caso de COVID-19 el 06 de marzo del 2020, en un hombre de 25 años de edad con antecedentes de haber estado en España, Francia y Republica Checa. Según el reporte de Ministerio de Salud (MINSA) hasta la fecha 08 de junio del 2021, un total de 1.987.933 casos de COVID-19. Entre las provincias con mayor índice de COVID-19 son: Lima Metropolitana que presenta 822.580 casos positivos, Callao con un 95.829 casos; así mismo Arequipa presenta 88.842 casos; La Libertad con 80.103 casos y Piura con un total de 79.532 casos de COVID-19 ⁽⁴⁾.

Del mismo modo, las cifras de la sala situacional de COVID-19 en la región Áncash siguen en aumento, hasta el 9 de junio del 2021 se ha reportado 82.651 casos confirmados con la prueba molecular y pruebas rápidas; de los cuales 70.485 se han recuperado y 4.680 defunciones, con una tasa de letalidad de 5.7%; prevaleciendo en el género femenino 52% de casos confirmados del total. A nivel nacional, Ancash ocupa el sexto puesto en la lista de las regiones con mayor índice de casos de COVID-19, de los cuales la provincia de Santa

tiene mayor índice de contagio que supera los 43.357 casos, seguidamente por las provincias de, Huaraz con 15.426 casos; Casma con 4.209 casos; Huaylas 3.934 casos y la Provincia de Huarvey presenta 3.616 casos confirmados por COVID-19 ⁽⁵⁾.

Dentro de este contexto sanitario varios países del mundo han implantado diferentes estrategias sanitarias de salud pública para poder controlar esta pandemia. Cabe mencionar que la gran mayoría de los países han entrado en confinamiento de cuarentena absoluta generando consecuencias a nivel económico, social y de salud; a partir de la medida impuesta por los diferentes países, se ha percibido cambios en relación a estilo de vida, así como aumento de pobreza, restricciones de movilidad social, adquisiciones de nuevos hábitos de higiene (lavado manos, uso de mascarillas, uso de protector facial, desinfección concurrente y distanciamiento social) cierre de colegios, locales comerciales, etc ⁽¹⁾.

A pesar de todos los recursos empleados por la OMS para contrarrestar la propagación del virus y disminuir su impacto, la pandemia por SARS-CoV-2, está sometiendo a una gran presión a los sistemas sanitarios de todo el mundo. El rápido aumento de la demanda a la que se enfrentan los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud amenaza con sobrecargar algunos sistemas sanitarios e impedir su funcionamiento eficaz ⁽⁶⁾.

La emergencia sanitaria a causa de COVID-19 ha dejado en evidencia la fragilidad que existen dentro del sistema de salud a nivel global, se evidencia que hay falta de interés por mejorar e implementar nuevas estrategias dentro del sistema sanitario, así como infraestructura equipada con material e insumos

médicos, recursos humanos insuficientes, profesionales especialistas en diferentes áreas, el apoyo ineficaz en cuanto a la estabilidad laboral y el desinterés de velar por la salud de los recursos humanos ⁽⁷⁾.

Frente a esta situación crítica generada por SARS-CoV-2, puede resultar abrumadora y generar emociones fuertes que agravan la salud mental de la población en general, aún más considerablemente en los trabajadores del sector salud, que están en la primera línea de lucha ⁽⁸⁾. Así mismo es de conocimiento que en unidades hospitalarias, el profesional de enfermería concentra el mayor número de recursos humanos, su labor asistencial se centra en el ser humano, que implica un vínculo directo entre el profesional y paciente, a su vez el trabajo en equipo requiere competencia técnica, conocimientos científicos, habilidades y control emocional. El trabajo asistencial de enfermería presenta situaciones de riesgo, agotamiento físico y emocional, responsabilidades con la vida de las personas, afrontamiento de miedos y sufrimientos. La situación a la que están expuestos los profesionales puede conducir a la aparición de ansiedad, depresión y estrés ⁽⁹⁾.

Desde el inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19, para el personal de enfermería representa uno de los mayores desafíos como miembros del equipo de salud, debido a la alta transmisibilidad de COVID-19, la ausencia de tratamiento definido para su control, aumento de jornada laboral, déficit de equipos de protección, descuido de alimentación, temor a contagiarse o contagiar a sus familiares, discriminación y aislamiento de sus familiares; por consiguiente el profesional de enfermería presentan agotamiento físico y

mental, trastornos emocionales, problemas de sueño y presentan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés ⁽¹⁰⁾.

En un artículo publicado por Bueno y Barrientos ⁽¹¹⁾, refiere que en el personal de salud, el estrés, ansiedad y depresión son los problemas de salud mental y es causado por el miedo a contagiar a la familia, mortalidad de los pacientes, la no disponibilidad de un protocolo de atención de COVID-19, falta de equipos de protección efectivos y sobrecarga de trabajo. Presentando así los síntomas depresivos con mayor intensidad que son: desesperación, tristeza, ganas de llorar, irritabilidad, frustración sentimientos de inutilidad, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar las cosas, cansancio y falta de energía.

Del mismo modo se ha visto en diferentes estudios realizados por Bosco et al ⁽⁹⁾ y Acosta et al ⁽¹²⁾, que las patologías de salud mental en el personal de enfermería no solo repercuten en la calidad de atención que brindan, sino también en el rendimiento laboral, toma de decisiones, en el bienestar y la calidad de vida del personal de enfermería. Por tal razón es muy importante evaluar y cuidar la salud mental del personal de enfermería durante la pandemia, con el fin de prevenir o dar atención oportuna y así evitar mayores complicaciones.

En un estudio internacional realizado por Jianbo ⁽¹³⁾, en Wuhan y otras provincias de China con 1257 profesionales de la salud, de los cuales 764 eran enfermeras que laboraban en hospitales de tercer nivel entre los 26 y 40 años de edad, casadas, con un título de técnico profesional que participaban directamente en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con

COVID-19 (primera línea de atención). Del total de encuestados, 634 (50.4%) tuvo síntomas de depresión, 560 (44.6%) de ansiedad, 427 (34%) de insomnio y 899 (71.5%) de angustia.

Otro estudio realizado en China por Huang Jizheng y colaboradores, citado por Lozano ⁽¹⁴⁾, demuestran que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Por otra parte, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos.

En un estudio realizado en Nueva York, sobre angustia psicológica, conductas de afrontamiento en los trabajadores de salud. Los resultados demuestran que el personal de enfermería es el más afectado, presentando el 57% de estrés agudo, 48% depresión y 33% ansiedad, por consiguiente la actividad física fue el comportamiento de afrontamiento más común con un 59% y el acceso a una terapia individual con 33% ⁽¹⁵⁾.

En otro estudio de revisión sistemática realizado por Danet ⁽¹⁶⁾, sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental demuestra que los síntomas de ansiedad afectaron en un 20% en Italia, 37% Vasco (Navarro), 52% en Turquía. Los resultados comparativos indicaron que mayor ansiedad se presentaba en el personal de enfermería (40%) de sexo femenino frente a otros profesionales (15%). Mientras tanto los síntomas de depresión se presentaron un 25% en Italia, Turquía 65% y en Reino Unido el 64%. A su vez se mostró con mayor afección

en el personal de enfermería con 53%, frente a 38% de otro grupo de profesionales.

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida de 1 010 594 años de vida saludables (AVISAS) es decir, 33.5 años perdidos por cada mil habitantes; el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224. 535 AVISAS (3,9% del total), determinando 7.5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad ⁽¹⁷⁾.

Según el Estudio Epidemiológico en Salud Mental (EESM) 2012, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en Lima Metropolitana, en una población de 4.445 personas adultas, encontró una prevalencia anual y una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 11,8% y 26,1%, respectivamente; correspondiendo el 17,2% a la prevalencia de vida de episodio depresivo, 3,0% al trastorno de ansiedad generalizada ⁽¹⁸⁾.

Los EESM dan cuenta que anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Estos estudios, indican las prevalencias anuales más en las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa. Los estudios realizados en las zonas rurales del país encontraron que esta prevalencia es de 10,4%, siendo mayor en la zona rural de la región Lima. En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía

del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y se estima un promedio nacional de 7,6% ⁽¹⁸⁾.

En un estudio de investigación presentado por Condori ⁽¹⁹⁾, en el Hospital de Arequipa en Perú, sobre asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico, en el resultado de la investigación se evidencia 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Se concluye, que efectivamente existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de problemas de salud mental como ansiedad e insomnio en otro grupo de profesionales de salud.

En un estudio realizado por Obando et al ⁽¹⁰⁾, en hospitales públicos de nivel III de Lima y Callao - Perú se ha evidenciado que el 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés. Asociado a las siguientes características como la edad, años de servicio y ubicación del hospital. En conclusión, los enfermeros que atienden a los pacientes sospechosos por COVID-19 en los servicios de emergencia, presentan mayor ansiedad que depresión y en pocos casos presentaron estrés.

Durante las prácticas pre profesionales en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz, se ha observado que el profesional de enfermería ha sufrido un impacto emocional frente a la emergencia sanitaria producido por SARS-CoV-2. Pues se sabe que antes del inicio de la pandemia de SARS-CoV-2, el sistema de salud a nivel local y nacional se encontraba con múltiples problemas de

organización y gestión, también los profesionales de salud no estaban capacitados para afrontar una pandemia.

A su vez los profesionales de enfermería del Hospital en mención, han tenido que adaptarse a pésimas condiciones de trabajo, prestando servicios en ambientes improvisados, falta o inadecuado equipo de protección, recursos humanos insuficientes, falta de insumos y equipos médicos para la atención del usuario, largas jornadas laborales. Además, en la lucha diaria contra esta enfermedad, han enfrentado una enorme presión de trabajo que incluye estar expuesto a un alto riesgo de contagiarse, estar aislados, sufrir discriminación, agotamiento físico, ver el incremento de contagio y defunciones. Por otra parte, no hay programas de salud mental que estén enfocados en los profesionales que están en la primera línea de lucha.

Se evidencia que hay pocos estudios de investigación sobre temas de ansiedad y depresión durante la pandemia por SARS-CoV-2 en Perú; pues este problema debería ser prioridad internacional y nacional dentro de la investigación científica con la finalidad de identificar la magnitud de los problemas e implementar estrategias para prevenir y contrarrestar. Por razones expresadas se ha decidido realizar este estudio de investigación científica sobre ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

Dichos datos nos permitieron plantear el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en los profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021?; Tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de

ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021. Los objetivos específicos fueron: 1. Identificar el nivel de ansiedad durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021. 2. Establecer el nivel de depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

La población estuvo conformada por el personal de enfermería que laboran en áreas COVID-19, del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz; se trabajó con una muestra de 56 profesionales de enfermería. Se planteó las siguientes hipótesis: Ha. Existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021; Ho. No existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son: en relación al primer objetivo específico, se encontró que el mayor porcentaje (44.64%) del total de profesionales de enfermería presentan ansiedad leve, 21.43% tienen ansiedad moderada, 1.79% tienen ansiedad severa. Con respecto a las dimensiones de la ansiedad, en el área psíquica, se encontró que el 55.36% tienen ansiedad leve y en el área somática el 35.72% presentan síntomas de ansiedad moderada. En cuanto a los niveles de ansiedad, según los servicios o áreas COVID-19 en donde laboran, el 46.15% tienen ansiedad leve, que pertenecen al servicio de

UCI-COVID. Respecto al servicio de Emergencia-COVID, el 62.50% presentan ansiedad leve. De los que laboran en Medicina-COVID, el 42.86% tienen ansiedad leve; en cuanto al servicio de Gineco-Obstetricia-COVID, el 66.67% presentan ansiedad leve. De los profesionales de enfermería que laboran en Intermedios-COVID, 12.50% presentan ansiedad moderada y severa respectivamente.

En relación al segundo objetivo específico, según los resultados se determinó que 53.57% tienen depresión mínima, 23.21% tienen depresión leve, 17.86% tienen depresión moderada, 5.36% tienen depresión grave. Con respecto a las dimensiones de depresión, según el área cognitiva, 67.86% tienen depresión mínima; según el área afectiva-emocional, 44.64% tienen depresión leve y según el área física-conductual, 37.50% tienen depresión leve. También se determinó los niveles de depresión por servicios o áreas COVID-19 en donde laboran. El 38.46% tienen depresión moderada, que pertenece al servicio de UCI-COVID. Respecto al servicio de Emergencia-COVID, el 75% tienen depresión mínima; en servicio de Medicina-COVID, el 85.71% tienen depresión mínima. Respecto al servicio de Pediatría-Neonatología-COVID y Gineco-Obstetricia-COVID. Todos presentan depresión mínima; el servicio de Intermedios-COVID, 62.50% presentan depresión mínima.

El presente trabajo consta de seis partes, divididos de la siguiente manera; en la primera parte se da conocer la hipótesis planteada, las variables y la operacionalización de variables; en la segunda parte, se exponen las bases teóricas, antecedentes del estudio con el contexto internacional, nacional, regional y local; en la tercera parte, se describen los materiales y métodos

utilizados en el proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información.

En la cuarta parte, se exponen los resultados obtenidos de la investigación de acuerdo al objetivo propuesto en el estudio; en la quinta parte, se orienta a la discusión de los puntos en controversia encontrados. En la sexta parte, se presentan las conclusiones y las recomendaciones a las que se llegó mediante nuestra investigación. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como la información relevante para la investigación.

El presente trabajo se justifica en el contexto de emergencia sanitaria, donde se ha visto que el personal de enfermería del área COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz, está expuesto a diario, con equipos de bioseguridad inapropiado, sobrecarga de trabajo, aislamiento de sus familiares, ambientes improvisados e inadecuados, largas horas de trabajo sin alimentación por temor a contagiarse, falta de equipos e insumos para la atención a los usuarios.

Actualmente el sistema de salud ha colapsado en varios países, demostrando una logística insuficiente en cuanto a recursos materiales y humanos en salud; imponiendo a los profesionales de salud a brindar atenciones a pacientes con COVID-19, en estado inadecuado. Asimismo, se sabe que, en hospitales, el grupo de profesionales de enfermería concentra el mayor número de profesionales de la salud. Pues se trata de una labor asistencial que se centra en la atención del ser humano, que implica un vínculo directo entre el profesional y paciente, además de otros factores mencionados que repercuten potencialmente en generar impactos psicosociales y psicosomáticos negativos,

que conducen a una disminución de la productividad, un aumento de la tasa de accidentes laborales y una atención de enfermería ineficaz.

El aporte teórico del trabajo es mejorar el conocimiento existente sobre la ansiedad y depresión durante la pandemia por SARS-CoV-2 en los profesionales de enfermería debido a que existe escasez de investigación sobre este tema. El aporte práctico consiste en dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades competentes para la identificación de los problemas de manera oportuna, implementación de estrategias, planes de atención y seguimiento de salud mental en los profesionales de enfermería.

La relevancia social brindará aportes en la identificación temprana de problemas de salud mental, y buscar las posibles soluciones. El aporte metodológico se realizó dentro de los lineamientos de investigación científica, las cuales nos permiten una evidencia científica significativa. Además de ello, el presente estudio, utilizó instrumentos de recolección de datos validados, los cuales fueron confiables para la aplicación y como base para futuras investigaciones.

La presente investigación fue viable porque se dispuso con los recursos materiales y humanos, la accesibilidad para la obtención de datos y se contó con la asesoría para cumplir los objetivos planteados en esta investigación; del mismo modo, la ejecución del presente no demandó demasiados recursos económicos, siendo el tiempo de ejecución los adecuados para la realización de un análisis detallado de datos, los mismos que se encuentran en la presentación de resultados finales. Con respecto a la factibilidad, fue autofinanciado por los investigadores, además hemos contado con los

materiales necesarios e información teórica para el desarrollo de esta investigación.

El presente trabajo de investigación se encuentra enmarcada dentro de las líneas de investigación de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, aprobado mediante la Resolución del Consejo de Universitario - Rector N° 004 - 2022-UNASAM, Huaraz 07 de enero 2022, se ubica dentro de la línea de investigación: en el área de salud pública, sublínea de salud mental.

2. HIPÓTESIS

Ha. Existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

Ho. No existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

2.1.VARIABLES

UNIVARIABLE: Ansiedad y Depresión.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-------------|---|---------------|--|--|--------------------|
| A. Ansiedad | La ansiedad es una reacción frente a situaciones percibidas como amenazantes, por lo que una persona con tal sintomatología no necesariamente es portadora de una patología. Pero las crisis de ansiedad pueden ser parte de diversos trastornos psiquiátricos, así como de enfermedades físicas y consumo de sustancias psicoactivas | Área psíquica | Estado de ánimo ansioso Tensión. Temores. Insomnio. Intelectual (cognitivo) Estado de ánimo deprimido. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) | No ansiedad: 0 - 5 Ansiedad leve: 6 - 23 Ansiedad moderada 24 - 41 Ansiedad severa: ≥ 42 | Ordinal |

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|--|--|
| | | Área somática | <p>Síntomas somáticos musculares generales</p> <p>Síntomas somáticos sensoriales generales</p> <p>Síntomas cardiovasculares</p> <p>Síntomas respiratorios</p> <p>Síntomas gastrointestinales</p> <p>Síntomas genitourinarios</p> <p>Síntomas autónomos</p> | | |
|--|--|---------------|--|--|--|

| | | | | | |
|--------------|---|-------------------------|---|---|---------|
| B. Depresión | La depresión es un trastorno mental caracterizado por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. | Área cognitiva | Tristeza Pesimismo Pensamiento o ideas suicidas. Desvalorización | Depresión mínima: 0-13 puntos | Ordinal |
| | | Área física/conductual | Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer Llanto | Depresión leve: 14-19 puntos Depresión moderada: 20-28 puntos Depresión grave: 29-63 puntos | |
| | | Área afectiva/emocional | Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | Cambios de hábitos y sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio o fatiga Pérdida de interés en el sexo | | |
|--|--|--|---|--|--|

3. BASES TEÓRICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

RODRÍGUEZ Katarina, et al. (2021). **Depresión y ansiedad en profesionales de enfermería durante la pandemia del COVID – 19, Brasil.** Artículo de investigación. El objetivo de esta investigación fue analizar la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores asociados en el personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19. Se utilizó el método de un estudio de encuesta web seccional, con 490 profesionales de enfermería de servicios de mediana y alta complejidad en un estado del noreste de Brasil. Se obtuvo como resultado: que respondieron al cuestionario 490 profesionales, de los cuales 292 (59,6%) eran enfermeros y 198 (40,4%) técnicos de enfermería. La mayoría de los profesionales encuestados eran mujeres (86,7%), la mayoría de los profesionales trabajan en contacto directo con pacientes con COVID-19 (89,6%). El 39,6% presentaba síntomas de ansiedad moderadamente grave o severa; el 38,0% presentaba síntomas de moderada gravedad o depresión severa. Se llegó a la conclusión: que las acciones que tengan como objetivo mejorar las condiciones laborales y que incentiven la práctica de actividades físicas pueden ser beneficiosas para el mantenimiento y fortalecimiento de las condiciones de salud mental de esta población ⁽²⁰⁾.

BATALLA David, et al. (2020). **El impacto de la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19, España.** Artículo de revisión. Objetivo: examinar los impactos psicológicos en la salud mental de los profesionales sanitarios durante el periodo de la enfermedad por

COVID-19. Método: revisión de bases de datos electrónicos: en trabajos publicados entre diciembre del 2019 y mayo del 2020, teniendo como resultados: de los 22 artículos incluidos en la revisión, mayoritariamente, se identificaron cuatro impactos psicológicos en los profesionales sanitarios: ansiedad, depresión, insomnio y estrés. Además, se identificaron los factores de riesgo asociados a cada uno de los impactos psicológicos. Conclusiones: esta situación sanitaria provocada por COVID-19 ha producido importantes impactos psicológicos en los profesionales sanitarios ⁽²¹⁾.

BOSCO Dal, (2020). **La salud mental de enfermería en el enfrentamiento de la COVID-19 en un hospital regional universitario, Brasil.** Artículo de investigación, cuyo Objetivo fue identificar la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad y la depresión en profesionales de enfermería que trabajan para hacer frente a COVID-19 en un hospital universitario. Método: el estudio fue observacional, transversal, con cuestionario sociodemográfico en 88 profesionales de enfermería. Resultados: hubo prevalencia de ansiedad (48,9%) y depresión (25%). Conclusiones: Los resultados muestran aspectos importantes del proceso de trabajo de enfermería ante la pandemia referida y signos de ansiedad y depresión, lo que indica angustia psicológica además de eso ya intrínseco a la profesión. Es de destacar que la relación entre amenaza y el desafío puede cambiar en el curso de un encuentro con una situación conflictiva como la pandemia de COVID-19 ⁽⁹⁾.

HUANG Jizheng, et al. (2020). **Encuesta de salud mental del personal médico en un hospital terciario de enfermedades infecciosas por COVID-19, China.** Trabajo de investigación con el objetivo de investigar el estado de salud mental del personal médico de primera línea en un hospital admitido en la epidemia de neumonía por el COVID - 2019 para proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Método: estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo, tipo encuesta. Resultado: la incidencia de ansiedad del personal de enfermería es mayor que la de los médicos (26.88%) a 14.29% y la puntuación de ansiedad del personal de enfermería es superior a la de los médicos (44.84%) a 38.5%. Conclusión: el personal de enfermería tiene una alta incidencia de trastornos de ansiedad y estrés ⁽²²⁾.

PRAMILA Karki, et al. (2020). **Prevalencia y medición de la ansiedad y la depresión en enfermeras durante la pandemia de COVID-19 en Nepal.** Revista de investigación. Objetivo: evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión entre las enfermeras en Nepal durante la pandemia de COVID-19 que se encuentran laborando en varios hospitales del país. Metodología: se realizó un muestreo intencional no probabilístico de corte transversal con análisis observacional y se tomó la muestra de enfermeras que laboran en diferentes hospitales. Resultado: el análisis de estas diferentes escalas reveló que la ansiedad invalidante predominó en el nivel más alto (43,6%) en el personal de enfermería según la escala HAM-A. La ansiedad moderada también pareció ser mayor (> 20%) en el cuestionario

de TAG. Conclusión: el estudio reveló que la salud mental del personal de enfermería está siendo muy afectada durante esta pandemia ⁽²³⁾.

DANET Alina, (2020). **Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental, España.** Es un artículo de revisión sistemática. El objetivo de este estudio fue conocer el impacto psicológico entre el personal sanitario de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-CoV-2 y compararlo con el resto de profesionales sanitarios. Se empleó la metodología de la revisión de artículos de las cuales se seleccionaron 12. Obteniendo como resultado el porcentaje de participantes que atendieron en primera línea a pacientes con SARS-CoV-2 osciló del 42% hasta el 82%. En las muestras globales, con personal de primera línea-principalmente de servicios de Urgencias, UCI y Neumología y de otras unidades, el porcentaje de personal sanitario que sufrió estrés varió desde el 37% hasta el 78 %, con un intervalo más frecuente entre el 40% y el 50% y un 54% entre el personal de primera línea. Concluyendo que la primera línea de asistencia, el impacto fue mayor que en el resto de profesionales sanitarios y que en el ámbito asiático ⁽¹⁶⁾.

BAZÁN Carla, (2021). **Factores asociados a depresión en enfermeros del Hospital emergencias Grau que atienden la emergencia nacional por COVID-19, Lima - Perú.** Tesis de grado. Objetivo: determinar los factores asociados a síntomas de depresión en los profesionales de enfermería del Hospital de emergencias Grau, que atienden la emergencia nacional por COVID-19 en Lima 2020. Método: enfoque cuantitativo, no experimental y descriptivo de corte transversal. Los resultados obtenidos

de 80 enfermeros(as) fue que el 56.3% afirmó tener el síntoma mínimo, el 22.5% indicaron un síntoma moderado mientras que el 21.3% manifestó tener síntomas de depresión leve. Conclusiones: el personal de enfermería del hospital de emergencias Grau no presentan síntomas de depresión severa ⁽²⁴⁾.

VALLEJOS Mary, (2021). **Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia - Red Asistencial Lambayeque, Chiclayo - Perú.** Tesis de pregrado. El objetivo fue evaluar el efecto emocional que ha causado el COVID-19 en el personal de salud que labora en el Centro de Atención Primaria (CAP III) Carlos Castañeda Iparraguirre - La Victoria Red Asistencial Lambayeque, 2020. Metodología: fue una investigación descriptiva, no experimental, transversal, cuantitativa. Resultados: la mayoría del grupo profesional de Enfermería presentaron un nivel leve de depresión y ansiedad con 80% y 50% respectivamente, los médicos mostraron un nivel leve con 50% y 57.14% de depresión y ansiedad; los tecnólogos médicos 55.66% y 66.67%. Conclusiones: la pandemia ha impactado emocionalmente en los profesionales de salud, se vive actualmente una segunda ola que afecta a profesionales de salud desgastados emocionalmente ⁽²⁵⁾.

OBANDO Roxana, et al. (2020). **Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia COVID-19, Lima- Perú.** Artículo de investigación. Objetivo: determinar el grado de ansiedad, estrés y depresión que presentan los enfermeros que atienden a los pacientes con sospecha de COVID-19. Metodología: estudio descriptivo transversal, con muestra no

probabilística por cuotas de 126 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de dos hospitales públicos de nivel III de Lima y Callao, en Perú. Resultados: el 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés. El sexo femenino está asociado a las 3 condiciones estudiadas. Otras características asociadas a alguna condición son edad, años de servicio y ubicación del hospital. Conclusión: los enfermeros que atienden a los pacientes sospechosos por COVID-19 en los servicios de emergencia, presentan mayor ansiedad que depresión. En pocos casos presentaron estrés ⁽¹⁰⁾.

VASQUEZ Luis, (2020). **Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19 durante el año 2020, Lima - Perú**. Tesis de doctorado. Objetivo: identificar la incidencia y la relación entre la ansiedad, depresión y estrés laboral en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19, en el año 2020. Metodología: se planteó bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional. Resultados: la incidencia de ansiedad, depresión y estrés laboral es de 68.9%, 53.5%, 44.4%, respectivamente. Y además no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad, depresión y estrés laboral, ni tampoco entre las variables ansiedad con las dimensiones de depresión y estrés laboral, ni tampoco entre la depresión y las dimensiones de ansiedad y estrés laboral, pero sí entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad. Conclusiones: los problemas de salud

mental no solo afectan la atención, la empatía con el paciente sino también la capacidad resolutive de los trabajadores de salud, lo que podría dificultar la lucha contra el COVID-19, y además podría tener un efecto permanente en el bienestar general del trabajador ⁽²⁶⁾.

VIRTO Carlos, et al. (2020). **Estrés, ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19, Cusco - Perú.** Artículo de investigación. Objetivo: determinar la asociación entre los estilos de afrontamiento y estrés, ansiedad y depresión en personal de enfermería en contacto con pacientes infectados por COVID-19 durante la emergencia sanitaria en Cusco-Perú, 2020. Metodología: estudio correlacional, transversal, diseño por cuotas. Resultados: Prevalencia de depresión (30,8%), ansiedad (41,8%) y estrés (34,1%) los cuales fueron significativas las correlaciones entre los estilos de afrontamiento cognitivo y bloqueo del afrontamiento. Conclusiones: la relación del afrontamiento social podría tener implicaciones fortaleciendo relaciones familiares del personal de salud. La relación con el afrontamiento de evitación podría generar problemas posteriores en el personal ⁽²⁷⁾.

NÚÑEZ Llerme, et al. (2021). **La salud mental de los enfermeros en un hospital andino en tiempos de COVID-19 Huaraz- Perú.** Artículo de investigación. La investigación tuvo como objetivo comparar la salud mental de los enfermeros que laboraban en el área COVID-19 respecto a otras áreas laborales en un hospital público de Huaraz. Materiales y Métodos: Fue descriptivo, transversal y correlacional. La muestra intencional estuvo conformada por los 110 profesionales de enfermería que

aceptaron responder al cuestionario online del DASS-21 y Escala de Athenas. Resultados: el 23.7% que laboran en el área COVID-19 se sienten deprimidas, el 47.5% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen ansiedad. La depresión estuvo asociada a la convivencia con personas vulnerables en el hogar y al diagnóstico positivo a enfermedades de salud mental antes de la pandemia. La ansiedad estuvo asociada a la convivencia con familiares, a la práctica de alguna religión y al diagnóstico personal positivo a COVID-19. Conclusiones. Los resultados indican que se requieren intervenciones de salud mental dirigidos al personal de enfermería que labora en todo el hospital en el contexto de la pandemia por coronavirus ⁽²⁸⁾.

3.2.BASES TEÓRICAS.

3.2.1. Salud mental

El tema de salud mental es muy complejo y amplio, a lo largo de la historia ha ido evolucionado desde el concepto salud propiamente dicho; según la OMS, la salud es un estado de bienestar físico, mental, social completo y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ⁽²⁹⁾.

Según la OMS, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definida como un

estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés cotidiano, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades ⁽³⁰⁾. Es decir que la salud mental, la física y la social están íntimamente ligados. Sobre todo, con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones ⁽³¹⁾.

Según Blanchet citado por MINSA, refiere que la salud mental, se define como el estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado de la vida y en el que influye el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente ⁽³²⁾.

3.2.2. Salud mental del personal de enfermería.

El personal de Enfermería tiene como principal característica la Gestión del Cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades de los pacientes y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial. Las afecciones de salud mental en el personal de enfermería están apareciendo fuertemente en la actualidad, donde destaca el estrés en la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión y ansiedad.

En la guía técnica sobre el cuidado de la salud mental del personal de salud en el contexto de COVID-19, publicada por MINSA el 06

de abril del 2020, menciona que el personal que atiende a estas personas está expuesto a una situación de riesgo, que implica a desarrollar problemas de salud mental ocasionando sentimientos como: el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros; estas condiciones perjudican gravemente la realización de labores relacionadas al cuidado de la salud de los pacientes ⁽³³⁾.

Para prevenir los problemas neuro-psicológicos por COVID-19 y promover el autocuidado de la salud mental, se fomenta a realizar las sesiones grupales semanalmente. La guía técnica sobre el cuidado de la salud mental en el contexto de COVID-19, pretende contribuir a reducir el impacto en la salud mental del personal de la salud que brinda atención a las personas con sospecha o con diagnóstico de infección por COVID-19 en las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional ⁽³³⁾.

En esta investigación se utilizará como instrumento para medir la ansiedad la Escala de Hamilton (HARS), este instrumento fue creado por M. Hamilton en 1969. Fue adaptado a versión española en 1986. Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a

signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista ⁽³⁴⁾.

En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. se recomiendan los siguientes puntos de corte ⁽³⁴⁾.

- ❖ No ansiedad: 0 - 5
- ❖ Ansiedad leve: 6 -23
- ❖ Ansiedad moderada 24 – 41
- ❖ Ansiedad severa: ≥ 42

Para medir la depresión se utilizará la escala de Inventario de depresión para adultos de Beck (BDI), este instrumento fue creado por Beck, Brown y Steer en 1961, posteriormente fue revisado en 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. Fue

elaborado con la finalidad de medir los síntomas según criterios DSM-IV. Es un inventario que puede ser aplicado de forma individual, colectivo o autoaplicado, se puede aplicar a partir de los 13 años a más, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de depresión. Para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3 ⁽³⁵⁾.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave ⁽³⁵⁾.

Los problemas de salud mental más comunes según los estudios, realizados en el personal de enfermería son la ansiedad y depresión.

3.2.3. Ansiedad.

Definición.

La ansiedad se refiere a un estado desagradable de agitación e inquietud caracterizado por la anticipación de peligro, el predominio de síntomas y sensación de catástrofe o peligro inminente, es decir de síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción a partir de la cual el individuo intenta encontrar una solución al peligro, que el fenómeno sea percibido con total claridad ⁽³⁶⁾.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Esta patología afecta a nivel laboral, académico, social y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares u otros. La base neurobiológica de los trastornos de ansiedad está en las alteraciones del circuito cerebral del miedo ^(37, 38).

Por otra parte, la ansiedad son distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles ⁽³⁶⁾.

Etiología.

La ansiedad es una reacción que se da frente a situaciones percibidas como amenazantes, por lo que una persona con tal sintomatología no necesariamente es portadora de una patología. Pero las crisis de ansiedad pueden ser parte de diversos trastornos

psiquiátricos, así como de enfermedades físicas y consumo de sustancias psicoactivas ⁽³⁹⁾.

Trastorno pánico. Se caracteriza por la presencia de crisis recurrentes súbitas de intensa angustia, acompañado de síntomas como: palpitaciones, sensación de ahogo, parestesia, temblor de extremidades, sudor profuso, mareos, náuseas, cefalea, desrealización, tales crisis pueden durar un máximo de 10 minutos y suelen resolverse entre 20 a 30 minutos ⁽⁴⁰⁾.

Otros trastornos psiquiátricos. En las fobias específicas y en la fobia social las crisis de angustia aparecen ante el estímulo que genera la fobia, también puede aparecer crisis en el trastorno de estrés postraumático y en el trastorno obsesivo compulsivo, asociados a la sintomatología propias de tales patologías ⁽³⁷⁾.

Enfermedades físicas. Como enfermedades cardiovasculares (Angina, insuficiencia cardiaca congestiva); neurológicas (ACV, epilepsia, encefalitis enfermedad de Wilson, esclerosis múltiple, tumor cerebral); pulmonares (asma, embolia pulmonar); endocrinas, reumatológicas y otros como la anemia, hiperventilación, anafilaxia, deficiencia de B12, intoxicaciones por metales pesados, infecciones sistémicas. Uso de sustancias como intoxicación por cafeína, teofilina, anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína. Marihuana, corticosteroides, alucinógenos ⁽⁴¹⁾.

Fisiopatología.

Diversos estudios apoyan la teoría de una base genética y disfunción biológica dando como resultado la expresión de los diferentes trastornos de ansiedad. Las estructuras neuronales como la amígdala cerebral y el locus coeruleus son principales neurobiológicos para la expresión del trastorno de ansiedad: Es decir la amígdala cerebral, en términos neuro funcionales, actúa como gatillo desencadenante de ansiedad a nivel central y periférico. El locus coeruleus, con su elevada actividad adrenérgica, potencia la respuesta completa de síntomas propios de la ansiedad (39, 42).

Además otras estructuras también se hallan secundariamente relacionados, por ejemplo: el núcleo parabraquial, que incrementa el ritmo respiratorio y se asocia a las sensaciones de disnea, o el hipocampo, encargado de conservar la memoria de los eventos condicionantes asociados y desencadenantes de la ansiedad y que facilitan la producción (39).

Factores asociados.

Trastorno de Ansiedad (TA) constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicosociales, traumáticos, cognitivos y conductuales (41).

- ✓ Factores biológicos: los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor

contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

- ✓ Factores psicosociales: los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores agravantes o causales, tenemos: los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc.
- ✓ Factores traumáticos: se desarrolla después de enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc. Suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.
- ✓ Factores cognitivos y conductuales: se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales.

Cuadro clínico.

Se puede manifestar los siguientes signos y síntomas de ansiedad (37).

- ✓ Síntomas físicos: Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- ✓ Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.

- ✓ Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- ✓ Respiratorios: disnea.
- ✓ Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- ✓ Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.
- ✓ Síntomas psicológicos y conductuales: Preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud.

Clasificación.

Existen dos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad ⁽⁴³⁾.

DSM-IV- TR (Asociación Norteamericana de Psiquiatría, cuarta edición).

- Fobia social.
- Fobia simple.
- Agorafobia sin crisis de angustia.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Trastorno de angustia sin agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.

- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

CIE-10 (La clasificación internacional de las enfermedades, en su décima edición).

- Trastornos de ansiedad fóbica.
- Otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- Trastornos disociativos (de conversión).
- Trastornos somatomorfos.
- Otros trastornos neuróticos (neurastenia).

Manejo terapéutico.

Tratamiento para los trastornos de ansiedad.

Es importante para el paciente entender que la ansiedad es una condición médica manejable y controlable, siempre y cuando el paciente colabore estrechamente con su médico tratante. Para el tratamiento se debe considerar el diagnóstico mediante una evaluación exhaustiva y los exámenes auxiliares. Por lo general se tratan con farmacoterapia, psicoterapia o ambos ⁽⁴⁴⁾.

Los estudios existentes muestran mejoría con psicoterapia, especialmente las cognoscitivas, conductuales y con farmacoterapia. Se sabe que la combinación de estas terapias es el tratamiento más efectivo. La mayoría de pacientes requieren una atención ambulatoria y rara vez son hospitalizados. Por lo tanto, se debe realizar una evaluación médica general y psiquiátrica detallada antes de iniciar el manejo biopsicosocial ⁽⁴²⁾.

Farmacoterapia.

La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras. Las investigaciones demuestran la eficacia de los fármacos en la ansiedad y estos son conocidos como ansiolíticos que incluyen una gran variedad de sustancias, como los benzodiazepinas (BZD), antihistamínicos, agonistas de la serotonina, betabloqueadores, antiepilépticos, antidepresivos y neurolépticos. Además existen la eficacia comprobada de cuatro grupos de medicamentos, como: los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), las BZD y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) ^(42, 44).

- Medicamentos Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). son fármacos de primera elección, tienen importantes efectos antidepresivos y acciones ansiolíticas, por tanto, mejoran los síntomas y disminuyen la frecuencia de las crisis las más utilizadas son: fluoxetina (inicio: 20-80 mg al día);

sertralina (inicio: 50-100 mg al día) y citalopram (inicio: 10-30 mg al día) ⁽⁴⁵⁾.

- Los benzodiacepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios. Se usan en la fase aguda por su rapidez de acción y en las primeras semanas del tratamiento conjuntamente con antidepresivos; deben usarse con precaución por su alto riesgo de dependencia. reducirlos gradualmente para evitar el síndrome de abstinencia. Las más utilizadas son: Alprazolam (inicio: 0.25-0.50 mg tres veces al día); clonazepam (inicio: 0,25-0,50 mg una o dos veces al día); lorazepam (inicio: 0,5-1 mg dos veces al día) y diazepam (inicio: 2-5 mg dos veces al día) ⁽⁴⁴⁾.
- Los antidepresivos tricíclicos. Fueron desarrollados para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad, así como Imipramina, Clormipramina y Amitriptilina. Similar eficacia a los anteriores. Su uso es menor por sus efectos secundarios cardiovasculares y anticolinérgicos. El tratamiento se debe mantener entre seis meses y dos años después de la desaparición de las crisis de pánico con la dosis con la que se obtuvo la respuesta y reducir la dosis de forma progresiva ⁽⁴⁵⁾.

Tratamiento psicoterapia.

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

La terapia cognitivo conductual.

Ha demostrado su eficacia en los trastornos por ansiedad, en estos pacientes se hace una evaluación inicial, sesiones de psicoeducación para el paciente y familiares para que tengan conocimiento del padecimiento y del tratamiento a seguir, así como para aclarar las dudas que tienen con respecto al mismo. Las sesiones posteriores enseñan al paciente técnicas de relajación para manejar la ansiedad como respiración diafragmática ⁽³⁸⁾.

Complicaciones.

La ansiedad se puede agravar u ocasionar otros trastornos mentales y físicos ⁽³⁹⁾.

- Depresión (que a menudo se produce junto con un trastorno de ansiedad) u otros trastornos de salud mental.
- Abuso de sustancias.
- Problemas para dormir (insomnio).
- Problemas digestivos o intestinales.
- Dolor de cabeza y dolor crónico.
- Aislamiento social.
- Problemas en la escuela o el trabajo.
- Mala calidad de vida.
- Suicidio.

Prevención.

La prevención se debe realizar desde la atención primaria identificando los factores de riesgo que conllevan a problemas de

ansiedad, para la detección precoz y tratamiento de los nuevos casos mediante las intervenciones psicológicas focalizadas o (terapia de solución de problemas) que tienen seis fases ⁽⁴¹⁾.

- ✓ Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales.
- ✓ Ayudarle a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos.
- ✓ Definir los problemas en los propios términos del paciente.
- ✓ Situar los problemas en un orden de importancia.
- ✓ Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante.
- ✓ Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo.
- ✓ Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia.
- ✓ Evaluar el resultado.

Teoría de ansiedad desde el enfoque psicoanalítico.

Desde el punto de vista psicoanalítico, planteado por Freud ⁽³⁶⁾, en el año 1971, quien sostiene que “la ansiedad con la que la psiconeurótica lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego”.

En otras palabras, por ejemplo, cuando uno se cae al mar por accidente, no sabe nadar inmediatamente sientes que estás en peligro y tratas de nadar hasta llegar a la orilla; ese sentimiento es

llamado ansiedad y se considera como una señal de sobrevivencia. Entonces para Freud la ansiedad es como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.

Además, Freud propone elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza. Además, Freud identifica tres tipos de ansiedad (36).

- ❖ La ansiedad real. Aparece ante la relación que se establece entre el “yo” y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, anticipación de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.
- ❖ La ansiedad neurótica. Que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro. Dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el “yo” intenta

satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el “yo” no pueda controlar al ello.

- ❖ La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper “yo” amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

3.2.4. Depresión.

Definición.

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social ⁽⁴⁶⁾.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio ⁽⁴⁷⁾.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), sostiene que la depresión es una enfermedad común, que interfiere en la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la

vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. Por ejemplo, quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión ^(48, 49).

Etiología.

La depresión, tiene una causalidad compleja y es multidimensional, que influyen factores biológicos, personalidad y ambientales. Aun no se conoce con claridad la etiopatogenia de depresión, pero en diversos estudios se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria 40%, sin mediar estresores descompensadores en algunos grupos de pacientes, existiendo evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como: serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente ^(43, 48, 49).

Entre los factores determinantes están los aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia, producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros ⁽⁴⁶⁾.

Fisiopatología.

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico. De

hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. No obstante, al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación ⁽⁵⁰⁾.

Durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión como: La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc. Que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el córtex prefrontal, diencéfalo, y del sistema límbico ⁽⁴⁶⁾.

Factores de riesgo asociados.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Por ejemplo: quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como enfermedades oncológicas o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión. Los determinantes sociales juegan también un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos de los mercados laborales, pueden ser más propensos a padecerla. Algo similar sucede con quienes viven en medios urbanos marginales expuestos a condiciones sociales y medioambientales deterioradas ⁽⁵⁰⁾.

Cuadro clínico.

Los siguientes signos y síntomas se presentan en depresión (46).

- ❖ Tristeza patológica: sensación muy profunda donde la persona se siente como si hubiera perdido el placer de vivir, con graves dificultades para brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- ❖ Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, "sin ganas de vivir" y nada le procura placer.
- ❖ Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.
- ❖ Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño, se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos se puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- ❖ Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo, surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monoorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- ❖ Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos, así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- ❖ Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar

quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

- ❖ Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- ❖ Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o la frigidez en la mujer; también disminuye el disfrute en el trabajo, el deporte, los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- ❖ Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede llevar a delusiones.
- ❖ Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- ❖ Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

Clasificación de la depresión.

Se utilizan dos sistemas para clasificar:

Asociación Norteamericana de Psiquiatría, cuarta edición (DSM-IV-RT) ⁽⁵¹⁾.

- ✓ F31. Trastorno bipolar.

- ✓ F31.3. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada.
- ✓ F31.30. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada, no especificado.
- ✓ F31.31. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, leve.
- ✓ F31.32. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, moderado.
- ✓ F31.4. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, sin síntomas psicóticos.
- ✓ F31.5. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos.
- ✓ F32.0. Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.
- ✓ F32.1. Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado.
- ✓ F32.2. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos.
- ✓ F32.3. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos.
- ✓ F32.4. Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial.
- ✓ F32.5. Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión completa.
- ✓ F33.0. Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve.
- ✓ F33.1. Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado.

- ✓ F33.2. Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos.
- ✓ F33.3. Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos.

Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Versión de la OMS (C.I.E.-10) ⁽⁴⁶⁾.

- ✓ Síntomas del episodio depresivo.
- ✓ Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.
- ✓ Reconocimiento y diagnóstico de la depresión de niños/adolescentes. En los niños, estos síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de conducta o físicos.

Diagnóstico.

Se debe diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forman parte normal de la experiencia humana. En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante. Entre la información de importancia que distinguen la depresión, se incluyen: haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones del comportamiento; abuso del

alcohol u otras sustancias adictivas y la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad ⁽⁴²⁾.

Manejo terapéutico.

El tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica, psicológica y social. Otras que sólo precisen uno o dos aspectos, distintas combinaciones de medicación, psicoterapia y farmacoterapia.

Farmacoterapia.

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos. La gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador, su efecto sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina, dopamina, noradrenalina ⁽⁵⁰⁾.

Por ende, los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores ⁽⁴³⁾.

El mecanismo de acción común de los antidepresivos es la inhibición del transportador de serotonina que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser

reciclada. De esta manera, es libre de actuar en receptores postsinápticos y en autoreceptores 5-HT_{1A}, provocando los cambios descritos previamente. Actualmente se encuentran disponibles 6 ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram), los cuales comparten el mecanismo de bloqueo en la serotonina (SERT), aunque difieren en su acción secundaria sobre otros receptores, ^(52, 53).

En caso de comorbilidad psiquiátrica: el manejo de los psicofármacos se ajusta al cuadro específico de cada paciente; ejemplo en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivos y antipsicóticos de preferencia atípicos ⁽⁵⁴⁾.

Complicaciones.

Según estudios, la depresión no tratada afectaría de la siguiente manera ⁽⁴⁶⁾.

- ✓ Abuso de alcohol y drogas.
- ✓ Asilamiento social.
- ✓ Pérdida de interés por la vida.
- ✓ Se pierde el interés por hacer las actividades cotidianas.
- ✓ Pensamientos suicidas.
- ✓ Conductas autolesivas.
- ✓ Desempeño deficiente en el trabajo o la escuela.
- ✓ Desempleo.
- ✓ Falta de control sobre los impulsos.

- ✓ Toma de malas decisiones.
- ✓ Niveles de ansiedad elevados.
- ✓ Dificultades con las relaciones interpersonales.
- ✓ Debilitamiento del sistema inmunológico.

Prevención.

La depresión afecta a entre un 5% y un 9% de la población adulta que acude a la consulta médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica ⁽⁴⁶⁾.

Las medidas generales para la prevención de la depresión toman las siguientes orientaciones:

- a. En la educación familiar y escolar.
 - ✓ La prevención de las violencias y agentes estresores y la falsa maduración precoz.
 - ✓ El aporte al niño de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado.
 - ✓ El aprendizaje del autocontrol.
- b. En la política social.
 - ✓ La defensa de los grupos de población con alto índice de malestar.
 - ✓ La extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos de familias densos y con limitadas oportunidades educativas.

- c. En la acción sanitaria.
 - ✓ La facilitación de una calidad de vida suficiente a los enfermos somáticos crónicos.
 - ✓ La supresión del consumo de alcohol y otras drogas.
- d. En el trabajo.
 - ✓ La organización empresarial con un suficiente grado de intercomunicación personal a todos los niveles.

Teoría de depresión desde el enfoque psicoanalítico.

Según Beck (1961), en uno de sus trabajos realizados menciona mientras se disponía analizar sueños de pacientes que sufrían depresión, se daría cuenta que las ideas autodestructivas que se presentan, son procedentes de experiencias tempranas a diferencia de pacientes no depresivos. La cual lleva a Beck a plantear que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí, del mundo y del futuro y las distorsiones cognitivas están impregnadas por un tema de pérdida ⁽⁵⁵⁾.

A partir de este planteamiento, en 1967 Beck propone un modelo de orden cognitivo. Esta teoría se basa en los esquemas cognitivos que son producto de experiencias tempranas, y dichos esquemas ante presencia de estrés actúan directamente en forma de sesgos cognitivos los cuales tienen influencia directa en la denominada “Triada cognitiva” llegando a desarrollar la depresión y consta de tres patrones en la visión del individuo ⁽⁵⁵⁾.

- Visión negativa acerca de sí mismo. La persona tiende a minimizarse, se critica con auto atribuciones negativas; se considera deficiente, poco útil y esto hace que atribuya a que sus experiencias serán desagradables debido a un defecto, moral o físico.
- Interpretación negativa del mundo. Tiene una visión negativa del mundo, donde los obstáculos que se le presentan son insuperables por lo que se siente frustrado, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida.
- Visión negativa acerca del futuro. Tiene a ver a las situaciones pensando que estas serán difíciles y de continuo sufrimiento, que solo vendrán cosas peores y les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista y optimista.

3.2.5. Coronavirus.

Definición.

La COVID-19. También conocida como enfermedad por nuevo coronavirus, es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), mantiene una forma redonda u ovalada y a menudo polimórfica, generalmente con un diámetro de 60 a 140 nm, la proteína espiga que se encuentra en la superficie del virus y forma una estructura en forma de barra, es la estructura principal utilizada para la tipificación, la proteína de la

nucleocápside encapsula el genoma viral y puede usarse como antígeno de diagnóstico. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan ⁽⁵⁶⁾.

Agente etiológico.

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus y deltacoronavirus ⁽⁵⁷⁾.

Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados. Desde el punto de vista epidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad o coronavirus humanos (HCoV) y coronavirus zoonóticos. El origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser de origen zoonótico ⁽⁵⁸⁾.

En particular, los Betacoronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente o a través de un hospedero intermediario. Aún no es claro cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano ⁽⁵⁹⁾.

Fisiopatología.

El coronavirus es una infección viral producida por el SARS-CoV-2, que afecta principalmente a los órganos de las vías respiratorias bajas, en los casos severos podría manifestarse con una respuesta inflamatoria sistémica masiva y generar fenómenos trombóticos en diferentes órganos ^(56,58).

El SARS-CoV-2 contiene aproximadamente 30.000 bases de ácido ribonucleico (RNA). Utiliza la proteína de espiga (S) que se encuentra densamente glucosilada para de esta manera ingresar a las células huésped. Luego de que el virus ingresa a la célula, el ARN viral es liberado en el citoplasma y es trasladado dentro de poliproteínas y proteínas estructurales donde ocurre su replicación y unirse con gran afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina. Esta enzima esta expresada en las células alveolares de tipo II. El RNA del virus ingresa a las células del tracto respiratorio superior e inferior, y es traducido a proteínas virales. De esta manera causar el cuadro clínico de COVID-19 ^(56,60).

Periodo de incubación.

Es importante comprender el período de incubación, es decir el período de tiempo entre la exposición a la fuente infecciosa SARS-CoV-2 y la aparición de signos y síntomas de la enfermedad varía entre 5 y 7 días en promedio ⁽⁵⁹⁾. Según la OMS, el periodo de incubación sitúa entre 1 a 14 días. En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y

orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas ⁽⁶¹⁾.

La enfermedad progresa luego para ser hospitalizados del 7 a 8 días desde el inicio de síntomas. Los pacientes pueden inicialmente parecer estables, pero a menudo se deterioran con la presencia de hipoxia grave la producción de anticuerpos ocurre después de la aparición de síntomas, aproximadamente después de los 20 días ⁽⁶²⁾.

Cuadro clínico.

Las personas infectadas pueden estar asintomáticas o presentar un cortejo de signos y síntomas muy variados que oscilan desde leves a muy graves. El inicio de COVID-19 se manifiesta principalmente como fiebre, escalofríos, tos seca, disnea, fatiga e incluso diarreas ⁽⁶³⁾. Otros síntomas muy frecuentes según ha registrado la OMS, son expectoración 33 %, dolor de la faringe 14 %, cefalea 14 %, mialgia o artralgia 15 %, náuseas o vómitos 5 %, congestión nasal 5 % ⁽⁶⁴⁾.

Diagnostico.

Para el diagnóstico de SARS-CoV-2 se tiene en cuenta los siguientes criterios ⁽⁶⁵⁾.

- Contacto cercano: se refiere a personas que tienen contacto con un paciente confirmado o sospechoso de infección de COVID-19, sin tomar medidas de protección.

- Casos sospechosos: paciente que presenta manifestaciones clínicas respiratorias con historia de ser un viajero o haber estado en contacto con personas procedentes del área de transmisión de la enfermedad o de alguno de los países definidos por las autoridades del MINSA en los últimos 14 días.
- Caso confirmado: Paciente que resulte positivo al estudio virológico para la COVID-19, con o sin sintomatología.
- Infectado con SARS-CoV-2: Detectados por RT-PCR o por serología positiva en sujetos asintomáticos, durante una búsqueda activa o detectada por screening.

Prevención.

Ante la propagación de COVID-19 se recomienda las siguientes medidas de precaución ⁽⁶⁶⁾.

- Las personas deben protegerse a sí mismas y a los demás y adoptar conductas como lavarse las manos, evitar tocarse la cara, practicar una buena higiene respiratoria, distanciamiento a nivel individual, aislamiento en una instalación comunitaria o en el hogar si están enfermas, identificarse como contacto de un caso confirmado cuando proceda y cooperar con las medidas de distanciamiento físico y las restricciones de movimiento cuando se solicite adoptarlas.

- Las comunidades deben empoderarse para garantizar que los servicios y la ayuda se planifiquen y adapten en función de su opinión y contexto local. Las funciones críticas, como la educación comunitaria, la protección de los grupos vulnerables, el apoyo a los trabajadores sanitarios, la detección de casos, el rastreo de contactos y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento físico solo pueden darse con el apoyo de todas y cada una de las partes de las comunidades afectadas.

Tratamiento.

Hasta el momento no está identificada una droga antiviral totalmente eficaz, sin embargo, se desarrolló un protocolo, que se encuentra en constante actualización, para combatir la enfermedad con antibióticos, antibacterianos analgésicos y antipiréticos y oxígeno terapia. En cuanto a la prevención en nivel de atención primaria en salud, se está fomentado campañas de vacunación por grupo etario, aplicando las diferentes marcas de vacuna con dos dosis, con un intervalo de 21 días y una dosis de refuerzo en población en riesgo ⁽⁶⁷⁾.

3.2.6. Enfoque teórico de enfermería callista Roy.

La teoría de enfermería que aborda la salud mental en profesionales de enfermería de áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, es la teórica Callista Roy; conocida por su trabajo innovador en la creación del Modelo de Adaptación de Enfermería;

que tiene como objetivo explicar o definir la provisión de enfermería; ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que se esfuerza por mantener el equilibrio entre los diversos estímulos estresantes; además, como sistemas vivos, las personas están en constante interacción con sus entornos, entre el sistema y el entorno se produce un intercambio de información, que van a lograr que se adapten o afronten de manera positiva la enfermedad o problemas que se presentan ⁽⁶⁸⁾; en otras palabras, el profesional de enfermería enfrenta y afronta de manera positiva su labor diario con los recursos mentales de forma adaptativa.

En el Modelo de Adaptación de Enfermería que define la teórica, afirma que los profesionales de enfermería son facilitadoras de la adaptación, evalúan los comportamientos del paciente para la adaptación, promueven la adaptación positiva al mejorar las interacciones del entorno y ayudar a los pacientes a reaccionar positivamente a los estímulos, eliminan los mecanismos ineficaces de afrontamiento que conducen a mejores resultados ⁽⁶⁸⁾; es decir, el propósito de la enfermería es la promoción de la adaptación para que los individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos adaptativos como son: modo fisiológico-físico, de identidad de grupo de autoconcepto, de función de rol e interdependencia; que contribuyan a enriquecer la salud y calidad de vida tanto de pacientes y ellos mismos.

Así mismo Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Es decir que el personal de enfermería tiene la capacidad de búsqueda de los posibles estímulos que alteran el equilibrio, se adaptan a través de un proceso de afrontamiento y continúan con su rol profesional. En este caso la pandemia ha afectado el sistema de salud, donde muchas de las enfermeras continúan laborando en condiciones difíciles como falta de dotación de equipos de protección e insumos, largas horas de jornada laboral, etc. Exponiendo en riesgo la salud de ellos mismo; sin embargo, los profesionales de enfermería se han adaptado a estas condiciones difíciles que atraviesan, para poder continuar con la prestación del cuidado y atención del usuario ⁽⁶⁹⁾.

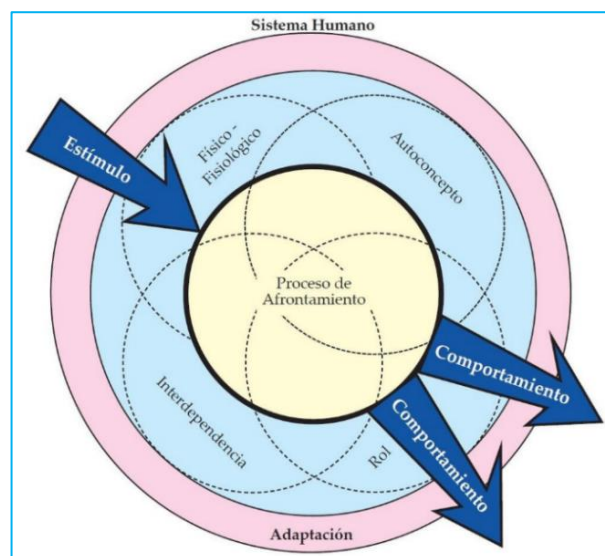


Figura 1: Modelo de adaptación de Callista Roy.

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Salud mental:** es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual, las relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida ⁽⁷⁰⁾.
- b) **Ansiedad:** es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos ⁽⁴⁵⁾.
- c) **Depresión:** es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la constante presencia de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, ⁽⁷¹⁾.
- d) **Pandemia:** cuando la epidemia traspasa las fronteras internacionales y generalmente afecta a un gran número de personas. Por lo tanto, la epidemia es la que se extiende por distintos países y continentes, hay un alto grado de dispersión de la enfermedad ⁽⁷²⁾.
- e) **COVID-19:** es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de “neumonía vírica” que se habían declarado en Wuhan (República Popular China) ⁽⁷³⁾.
- f) **Salud:** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ⁽⁷⁴⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

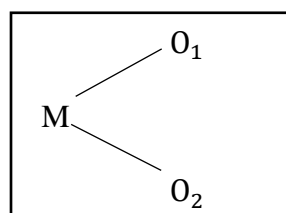
4.1.TIPO DE ESTUDIO.

Según la profundidad del objeto de estudio, fue una investigación de tipo descriptivo porque permitió analizar, describir las características más relevantes de niveles de ansiedad y depresión sin influir sobre otra variable de cualquier naturaleza, describiendo las tendencias de la población. Según la cronología fue de tipo prospectivo porque se realizó de acuerdo al tiempo, además porque los datos fueron recolectados después de planificar el estudio y según los datos que se empleó fue una investigación de enfoque cuantitativa porque se recolectó los datos, y de esa manera contrastar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico; para medir el nivel de ansiedad y depresión en enfermeros que laboran durante la pandemia SARS-CoV-2 ⁽⁷⁵⁾.

4.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación fue no experimental, porque no se manipuló la variable en estudio para observar los fenómenos tal y como se encuentra en su contexto natural. Es de corte transversal, porque se recolectó los datos en un momento único o determinado en el tiempo ⁽⁷⁵⁾.

El diagrama es el siguiente:



Donde:

M: representa una muestra con quien se realizó el estudio

O₁: Observación de la variable 1: Ansiedad

O₂: Observación de la variable 2: Depresión

4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO.

Para la presente investigación la población estuvo constituida por 56 profesionales de enfermería que laboran en áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz; las áreas COVID-19 consideradas fueron: Emergencia COVID, Medicina COVID, Cirugía COVID, Neonatología/Pediatría COVID, Gineco/Obstetricia COVID, Centro quirúrgico COVID, Unidad de intermedios COVID, UCI COVID.

Los profesionales de enfermería fueron elegidos de acuerdo a los siguientes criterios.

a. Criterios de inclusión:

- ✓ Profesionales de enfermería de ambos sexos quienes laboran en áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia.
- ✓ Profesionales de enfermería que aceptaron voluntariamente participar de la investigación.
- ✓ Profesionales de enfermería quienes han laborado como mínimo 6 meses en el área COVID-19, y que firmaron el consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión:

- ✓ Profesionales de enfermería quienes han laborado en áreas COVID-19, que no asistieron el día de la aplicación del cuestionario.
- ✓ Profesionales de enfermería quienes han laborado en áreas COVID-19, que han estado de licencia.
- ✓ Profesionales de enfermería quienes han laborado en áreas COVID-19, y que desistieron continuar participando en la presente investigación.
- ✓ Profesionales de enfermería quienes han laborado en áreas COVID-19, que han fallecido durante el periodo de investigación.

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.

4.4.1. Unidad de análisis.

Profesionales de enfermería quienes han laborado en el área COVID-19, del Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz.

4.4.2. Muestra.

Por las características de la población se trabajó con todos los sujetos que constituyen la población o universo. Por lo tanto, fue un muestreo no probabilístico por juicio, donde la muestra estuvo conformada por 56 participantes.

Según Scribano ⁽⁷⁶⁾, señala que “La muestra por juicio es un procedimiento que consiste en la selección de las unidades a partir sólo de criterios conceptuales” es decir las variables que delimitan la composición estructural de la muestra son definidas de manera

teórica por el investigador, en caso se dio por criterios de inclusión y exclusión. Según Tamayo ⁽⁷⁷⁾, con este método la selección de unidad de muestra se realiza de acuerdo con el juicio y criterio del investigador.

4.5.TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

4.5.1. Técnica.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta.

4.5.2. Instrumento.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario el cual consta de tres partes:

Datos sociodemográficos. Se consideró 07 preguntas: 06 ítems de respuesta dicotómica y 01 pregunta de respuesta única. Este cuestionario fue diseñado para ser aplicado de manera virtual (Anexo N° 02) <https://forms.gle/sfxW94VBvKYV7SXX6>

Para la variable de ansiedad se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton. Que está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total fue la suma de cada uno de los ítems. El rango fue de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,

8, 9, 10, 11, 12 y 13). Los puntos de corte para la evaluación del nivel de ansiedad fueron: no ansiedad de 0 a 5, ansiedad leve: 6 – 23, ansiedad moderada 24 – 41, ansiedad severa: ≥ 42 ⁽³⁴⁾. Este cuestionario fue diseñado para ser aplicado de manera virtual (Anexo N° 3) <https://forms.gle/hobzux1ZH5HQ9aCq7>

Validez: este instrumento es válido, porque fue sometido a juicio de expertos. Para lo cual, se solicitó la opinión de 01 psicóloga y 04 enfermeras expertas en el área e investigación, sus aportes sirvieron para realizar la redacción y viabilidad en su aplicación, siendo el resultado mediante la prueba binomial = 0.0272, lo que demuestra que el instrumento es válido (Anexo N° 05). Confiabilidad: el instrumento fue sometido a un estudio piloto, con una población de similares características de la investigación. La confiabilidad escala de (HARS) se calculó mediante la consistencia Interna (α de Cronbach = 0,855), lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima, por lo tanto, el instrumento fue confiable (Anexo N° 06).

Para la variable de depresión se utilizó la escala de inventario de depresión para adultos de Beck (BDI-II). Que está compuesto por 21 ítems, cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son de 0 y 63 puntos. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los

evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave ⁽³⁵⁾. Este cuestionario fue diseñado para ser aplicado de manera virtual (Anexo N° 04) <https://forms.gle/RAcLzZUhdQXednF76>

Validez: este instrumento es válido, porque fue sometido a juicio de expertos. Para lo cual se solicitó la opinión de 01 psicóloga y 04 enfermeras expertas en el tema, siendo sus aportes los que permitieron su organización y la fácil aplicación, siendo el resultado mediante la prueba binomial = 0.0272, lo que demuestra que el instrumento es válido (Anexo N° 05). Confiabilidad: el instrumento fue sometido a un estudio piloto, con una población de similares características de la investigación. La confiabilidad de la escala de inventario de (BDI-II) se calculó mediante la consistencia Interna (α de Cronbach = 0.931), lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima, por lo tanto, este instrumento fue confiable (Anexo N° 06).

4.6. Análisis estadístico e interpretación de la información programa SPSS.

Se realizó la valoración y el análisis estadístico descriptivo de los datos para interpretar la información obtenida.

Análisis descriptivo: La información obtenida se analizó haciendo uso del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.0 para la cual una vez confeccionada la base de datos se procedió a realizar el análisis descriptivo de la variable y los resultados se presentaron en

tablas unidireccional y bidireccional de doble entrada. Se utilizó los estadísticos considerados para el análisis descriptivo, entre los cuales tenemos: la frecuencia absolutas y relativas.

4.7.Ética de la investigación.

Se consideró los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de HELSINKI, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA). De las cuales se consideraron los siguientes principios (78).

- ✓ Se evaluó minuciosamente los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.
- ✓ Se respetó siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, se adoptó todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.
- ✓ En la publicación de los resultados de la investigación se preservó la exactitud de los resultados obtenidos.
- ✓ Se informó adecuadamente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. fueron informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, se obtuvo el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

Se respetarán los principios de la bioética:

- ✓ Principio de la autonomía: respeto de los valores y opciones personales de cada individuo ⁽⁷⁹⁾.
- ✓ Principio de beneficencia: la obligación de hacer el bien, en el clásico modelo no se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño tampoco sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño ⁽⁷⁹⁾.
- ✓ Principio de no maleficencia: el respeto de la integridad del ser humano ⁽⁷⁹⁾.
- ✓ Principio de justicia: reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios ⁽⁷⁹⁾.

5. RESULTADOS

Tabla 1. Niveles de ansiedad en general en profesionales de enfermería que laboran en servicios COVID-19, durante la pandemia SARS-CoV-2 Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Ansiedad | Frecuencia | % |
|----------------------------|-------------------|--------------|
| Sin ansiedad | 18 | 32.14 |
| Leve | 25 | 44.64 |
| Moderada | 12 | 21.43 |
| Severa | 1 | 1.79 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de ansiedad en general en profesionales de enfermería que laboran en servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz durante la pandemia SARS-CoV-2; se aprecia que el 44.64% del total de profesionales de enfermería tiene ansiedad leve, 21.43% tienen ansiedad moderada, 1.79% tienen ansiedad severa, además se aprecia que el 32.14% del total de profesionales de enfermería no tienen ansiedad.

Tabla 2. Niveles de ansiedad según área cognitiva en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19, durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Ansiedad | | |
|----------------------------|-------------------|--------------|
| Por área psíquica | Frecuencia | % |
| Sin ansiedad | 18 | 32.14 |
| Leve | 31 | 55.36 |
| Moderada | 6 | 10.71 |
| Severa | 1 | 1.79 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de ansiedad según el área psíquica en profesionales de enfermería que laboran en servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz durante la pandemia SARS-CoV-2; se aprecia que el 55.36% del total de profesionales de enfermería tiene ansiedad leve, 10.71% tienen ansiedad moderada, 1.79% tienen ansiedad severa, además se aprecia que el 32.14% del total de profesionales de enfermería no tienen ansiedad.

Tabla 3. Niveles de ansiedad según área somática en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19, durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Ansiedad | | |
|----------------------------|-------------------|--------------|
| Por área somática | Frecuencia | % |
| Sin ansiedad | 18 | 32.14 |
| Leve | 18 | 32.14 |
| Moderada | 20 | 35.72 |
| Severa | 0 | 0.00 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de ansiedad según el área somática en profesionales de enfermería que laboran en servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz durante la pandemia SARS-CoV-2; se aprecia que el 32.14% del total de profesionales de enfermería tiene ansiedad leve, 35.72% tienen ansiedad moderada, nadie tiene ansiedad severa, además se aprecia que el 32.14% no tienen ansiedad.

Tabla 4. Niveles de ansiedad en general en profesionales de enfermería que laboran según servicios COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

| Servicios COVID-19 | Ansiedad | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | Sin | | | | | | | | | |
| | ansiedad | | Leve | | Moderada | | Severa | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| UCI-COVID | 3 | 11.54 | 12 | 46.15 | 11 | 42.31 | 0 | 0.0 | 26 | 100.00 |
| Medicina-COVID | 4 | 57.14 | 3 | 42.86 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 7 | 100.00 |
| Emergencia-COVID | 3 | 37.50 | 5 | 62.50 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 100.00 |
| Pediatría-Neonatología | 4 | 100.00 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 100.00 |
| Gineco-Obstetricia-COVID | 1 | 33.33 | 2 | 66.67 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 100.00 |
| Intermedios-COVID | 3 | 37.50 | 3 | 37.50 | 1 | 12.50 | 1 | 12.50 | 8 | 100.00 |

Fuente: Encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de ansiedad en profesionales de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz según los servicios COVID-19 en donde laboran. Del total de profesionales de enfermería que laboran en UCI-COVID, el 46.15% tienen ansiedad leve, el 42.31% tienen ansiedad moderada, el 11.54% no presentan ansiedad. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Emergencia-COVID, el 62.50% presentan ansiedad leve, el 37.50% no tienen ansiedad. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Medicina-COVID, el 42.86% tienen ansiedad leve, el 57.14% no tienen ansiedad. El total de profesionales

de enfermería que laboran en Pediatría-Neonatología-COVID no presentan ansiedad. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Gineco-Obstetricia-COVID, el 66.67% presentan ansiedad leve, el 33.33% no presentan ansiedad. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Intermedios-COVID, 12.5% presentan ansiedad moderada y severa respectivamente, el 37.5% no presentan ansiedad y ansiedad leve respectivamente.

Tabla 5. Niveles de depresión en general en profesionales de enfermería que laboran en servicios COVID-19 durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Depresión | Frecuencia | % |
|-----------------------------|-------------------|--------------|
| Mínima | 30 | 53.57 |
| Leve | 13 | 23.21 |
| Moderada | 10 | 17.86 |
| Grave | 3 | 5.36 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de depresión en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, durante la pandemia SARS-CoV-2. El 53.57% tienen depresión mínima, 23.21% tienen depresión leve, 17.86% tienen depresión moderada, 5.36% tienen depresión grave.

Tabla 6. Niveles de depresión según área cognitiva en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Depresión | | |
|-----------------------------|-------------------|--------------|
| Por área cognitiva | Frecuencia | % |
| Mínima | 38 | 67.86 |
| Leve | 12 | 21.43 |
| Moderada | 5 | 8.93 |
| Grave | 1 | 1.78 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de depresión según área cognitiva en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, durante la pandemia SARS-CoV-2. El 67.86% tienen depresión mínima, 21.43% tienen depresión leve, 8.93% tienen depresión moderada, 1.78% tienen depresión grave.

Tabla 7. Niveles de depresión según área afectiva-emocional en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Depresión | | |
|-----------------------------|-------------------|--------------|
| Por área afectiva | | |
| emocional | Frecuencia | % |
| Mínima | 24 | 42.86 |
| Leve | 25 | 44.64 |
| Moderada | 5 | 8.93 |
| Grave | 2 | 3.57 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de depresión según área afectiva-emocional en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, durante la pandemia SARS-CoV-2. El 42.86% tienen depresión mínima, 44.64% tienen depresión leve, 8.93% tienen depresión moderada, 3.57% tienen depresión grave.

Tabla 8. Niveles de depresión según área física-conductual en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 durante la pandemia SARS-CoV-2, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021.

| Niveles de Depresión | | |
|-----------------------------------|-------------------|--------------|
| Por área física-conductual | | |
| conductual | Frecuencia | % |
| Mínima | 20 | 35.71 |
| Leve | 21 | 37.50 |
| Moderada | 15 | 26.79 |
| Grave | 0 | 0.00 |
| Total | 56 | 100.0 |

Fuente: encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de depresión según área física-conductual en profesionales de enfermería que laboran en los servicios COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, durante la pandemia SARS-CoV-2. El 35.71% tienen depresión mínima, 37.50% tienen depresión leve, 26.79% tienen depresión moderada.

Tabla 9. Niveles de depresión en general en profesionales de enfermería que laboran según servicios COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

| Servicios COVID-19 | Depresión | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|-------|------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | Mínima | | Leve | | Moderada | | Grave | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| UCI-COVID | 6 | 23.08 | 8 | 30.77 | 10 | 38.46 | 2 | 7.69 | 26 | 100 |
| Medicina-COVID | 6 | 85.71 | 1 | 14.29 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 7 | 100 |
| Emergencia-COVID | 6 | 75.00 | 2 | 25.00 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 100 |
| Pediatría-Neonatología | 4 | 100 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 100 |
| Gineco-Obstetricia-COVID | 3 | 100 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 100 |
| Intermedios-COVID | 5 | 62.50 | 2 | 25.00 | 0 | 0.0 | 1 | 12.50 | 8 | 100 |

Fuente: Encuesta aplicada en profesionales de enfermería del HVRG 2021.

En la presente tabla se observa los niveles de depresión en profesionales de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz según los servicios COVID-19 en donde laboran. Del total de profesionales de enfermería que laboran en UCI-COVID, el 23.08% tienen depresión mínima, el 30.77% tienen depresión leve, 38.46% tienen depresión moderada, el 7.69% presentan depresión grave. Del total de profesionales de enfermería que laboran en emergencia-COVID, el 75% tienen depresión mínima, el 25% presentan depresión leve. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Medicina-COVID, el 85.71% tienen depresión mínima, el 14.29% tienen depresión leve. El total de profesionales de enfermería que laboran en Pediatría-Neonatología-

COVID presentan depresión mínima, de igual manera las enfermeras que laboran en Gineco-Obstetricia-COVID. Del total de profesionales de enfermería que laboran en Intermedios-COVID, 62.50% presentan depresión mínima, 25% presentan depresión leve, 12.50% presentan depresión grave.

6. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en relación al primer objetivo específico, identificar el nivel de ansiedad durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021. Con la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton se encontró que el mayor porcentaje (44.64%) del total de profesionales de enfermería presentan ansiedad leve, 21.43% tienen ansiedad moderada, 1.79% tienen ansiedad severa, además el 32.1% del total de profesionales de enfermería no tienen ansiedad. En relación a las dimensiones de la ansiedad, se encontró que los niveles de ansiedad según la dimensión del área psíquica, el 55.36% de profesionales de enfermería tienen ansiedad leve y según la dimensión del área somática el 35.72% tienen ansiedad moderada.

Con respecto a los niveles de ansiedad en profesionales de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz según los servicios COVID-19 en donde laboran; del total de profesionales de enfermería que laboran en UCI-COVID, el 46.15% tienen ansiedad leve. Respecto a los profesionales de enfermería que laboran en emergencia-COVID, el 62.50% presentan ansiedad leve; de los que laboran en Medicina-COVID, el 42.86% tienen ansiedad leve. Los profesionales de enfermería que laboran en Pediatría-Neonatología-COVID no presentan ansiedad. Los profesionales de enfermería que laboran en Gineco-Obstetricia-COVID, el 66.67% presentan ansiedad leve; de los profesionales de enfermería que laboran en Intermedios-COVID, 12.5% presentan ansiedad moderada y severa.

Estos resultados guardan similitud con la investigación de Pramila ⁽²³⁾, en Nepal, quien indicó que el 43.6% del personal de enfermería presenta ansiedad y que estos están relacionados a la atención de pacientes con COVID-19. De igual manera guarda similitud con la investigación de Jianbo ⁽¹³⁾, en China; donde el 44.6% del personal de enfermería que presentaron síntomas de ansiedad, eran trabajadores del Hospital Wuhan, que laboraban en el área COVID-19. De forma semejante los resultados hallados por Virto ⁽²⁷⁾, en Cusco - Perú, señala que el 41.8% del personal de enfermería manifiestan síntomas de ansiedad. Del mismo modo guarda una similitud con el estudio realizado por Núñez y col. ⁽⁷⁸⁾, Huaraz - Ancash, respecto a salud mental de los enfermeros en un Hospital andino en tiempos de COVID-19, quien detalla que el 47.5 % de los enfermeros que trabajan en área COVID-19 presentan ansiedad.

Además, concuerdan con la investigación realizada por Bosco ⁽⁹⁾, en Brasil; quien observó un 48.9% de prevalencia de ansiedad en personal de enfermería que estaba compuesta en mayor parte por mujeres y que laboraban con pacientes diagnosticados con COVID-19. Similar resultado se evidencia en el estudio hecho por Vallejos ⁽²⁵⁾, señala que el 50% de las enfermeras muestran ansiedad leve.

Igualmente, los resultados se asemejan a los estudios realizados por Rodríguez ⁽²⁰⁾, en noreste de Brasil y Obando ⁽¹⁰⁾, en Lima - Perú, con un 39.6% y 39.1% respectivamente de incidencia de ansiedad en los profesionales de enfermería que laboran en la primera línea de lucha contra la COVID-19. Del mismo modo

los resultados obtenidos concuerdan con la investigación de Shechter ⁽¹⁵⁾, en Nueva York, quien indica que el 33% de las enfermeras presentan síntomas de ansiedad durante el rebrote de COVID-19. Así mismo se evidenció similares resultados con la investigación de Danet ⁽¹⁶⁾, quien indicó que el 20% de los profesionales de enfermería en primera línea presentaban síntomas de ansiedad.

La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza tal como señala Sierra ⁽³⁶⁾, es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente, el cual, al no ser diagnosticado y tratado a tiempo, repercute de manera significativa en la salud mental de las enfermeras, pudiendo interferir en su capacidad de toma de decisiones, afrontamiento, rendimiento laboral, atención ineficaz al paciente, inclusive en la adaptación del individuo frente a esta pandemia ^(9, 12). La ansiedad se manifiesta por miedo excesivo, temor, tensión, cansancio, debilidad, sensación de dificultad respiratorio, etc ⁽³⁷⁾. Estos signos y síntomas se manifestaron en personal de enfermería durante pandemia generada por COVID-19, pues adquirir esta enfermedad es un peligro inminente para la salud de él o ella y de su familia., por ello el personal que labora en área COVID-19, debe considerar las medidas o precauciones necesarias para poder enfrentar esta pandemia.

Desde el punto de vista Psicoanalítica planteado por Freud ⁽³⁶⁾, propone elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos de la ansiedad, siendo lo más importante el carácter adaptativo. Es decir que, ante un peligro real, el ser humano se prepara para poder afrontar la amenaza. En este caso frente a COVID-19. El personal de enfermería ha tenido que adaptarse a esta

emergencia sanitaria, con escasos de equipos de protección, exposición directo a pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2, pésimas condiciones nosocomiales de infraestructura, falta de equipos e insumos médicos.

De igual manera desde el punto de vista de teoría de enfermería Callista Roy⁽⁶⁸⁾, en su modelo de adaptación de enfermería, el individuo es un conjunto de sistemas interrelacionados que mantiene el equilibrio ante los diversos estímulos estresantes que están en el entorno, y en la constante interacción con el entorno y el sistema vivo se produce un intercambio de información para poder adaptar o afrontar de manera positiva la enfermedad o el problema.

En relación al segundo objetivo específico, establecer el nivel de depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021. Se determinó que 53.57% tienen depresión mínima, 23.21% tienen depresión leve, 17.86% tienen depresión moderada, 5.36% tienen depresión grave. En cuanto a los niveles de depresión en profesionales de enfermería según la dimensión del área cognitiva, 67.86% tienen depresión mínima y en cuanto a la dimensión del área afectiva-emocional, 44.64% tienen depresión leve. Referente a los niveles de depresión en profesionales de enfermería según la dimensión área física-conductual el 37.50% tienen depresión leve.

También se determinó que los niveles de depresión en profesionales de enfermería que laboran en UCI-COVID, el 38.46% tienen depresión moderada. Respecto a los profesionales de enfermería que laboran en emergencia-COVID, el 75% tienen depresión mínima. De los profesionales de enfermería que laboran en Medicina-COVID, el 85.71% tienen depresión mínima. De los

profesionales de enfermería que laboran en Intermedios-COVID, 62.5% presentan depresión mínima. Respecto a los profesionales de enfermería que laboran en Pediatría-Neonatología-COVID y Gineco-Obstetricia-COVID. Todos presentan depresión mínima.

Estos resultados se asemejan con los hallados por Jianbo ⁽¹³⁾, quien indica que el 50.4% de las enfermeras de primera línea de un Hospital en Wuhan presentan síntomas de depresión. De la misma forma se asemeja un estudio de revisión sistemática presentado por García ⁽¹⁾, en España; el 25% de enfermeras en la primera línea de batalla contra el COVID-19, presentan depresión moderada. De igual manera Vásquez ⁽²⁶⁾, manifestó que el 53.5% de enfermeras presentan depresión moderada. Asimismo, concuerda con Zhang (quien citó Batalla) ⁽²¹⁾, quien manifiesta que el 50.7% de personal de enfermería presenta depresión. Además, guarda similar relación con el resultado hallado por Shechter ⁽¹⁵⁾, en Nueva York; donde el 48% de las enfermeras presentaban depresión, además los participantes informaron un mayor sentido significativo desde el brote de COVID-19. También Rodríguez ⁽²⁰⁾, en su investigación en los profesionales de enfermería, durante la pandemia del COVID-19 en Brasil, determinó que el 38.0% presentan síntomas de depresión moderadamente.

De la misma forma concuerda Virto ⁽²⁷⁾, Cusco – Perú, quien obtuvo que 30.8% de las enfermeras presentan depresión y que la mayoría de los representantes son mujeres quienes laboran en un área COVID-19. Bosco ⁽⁹⁾, en su investigación en el personal de enfermería en un hospital regional universitario, Brasil, determinó que el 25% de las enfermeras que laboran en área COVID-19, presentan depresión leve. Por otro lado, guardan similitud con el estudio

realizado por Bazán ⁽²⁴⁾, en los enfermeros del Hospital emergencias Grau, Lima – Perú, donde el 21.3 % presentan síntomas de depresión leve. Resultado similar se observó en un estudio realizado por Obando ⁽¹⁰⁾, en el hospital de Callo - Lima, quien obtuvo 24.6% con algún grado de depresión; del mismo modo, con la investigación de Núñez ⁽⁷⁸⁾, en el Hospital de Huaraz – Áncash, observó que el 23.7% del personal que laboran en el área COVID-19 se sienten deprimidas.

De igual manera, Vallejos ⁽²⁵⁾, determinó que, en el personal de salud de la Red Asistencial de Lambayeque, Chiclayo – Perú, durante la pandemia COVID-19, el 80% de las enfermeras presentan un nivel leve de depresión. Resultado que se asemeja a la investigación indagada por Danet ⁽¹⁶⁾, quien indicó que el 25% de los profesionales de enfermería en primera línea presentaban síntomas de depresión, principalmente el impacto fue mayor en las áreas de UCI, urgencias y neonatología.

En consecuencia, los diferentes estudios realizados sobre la depresión en las enfermeras en el contexto de COVID-19, un gran porcentaje de enfermeras presenta síntomas de depresión, ya sea mínima, leve, moderada y grave. Tal como señala la literatura, la depresión se caracteriza por la pérdida del humor, pérdida de la capacidad de interesarse por las actividades, cansancio y que empobrecería la calidad de vida a nivel laboral, familiar y social e inclusive puede conducir al suicidio ^(46, 48). La gran mayoría del personal de enfermería presentó los siguientes síntomas: tristeza, pérdida de placer de vida, desgano, ansiedad, insomnio, irritabilidad, agresividad, sentimiento de culpa, disconformidad a nivel laboral, familiar y social, llanto, pérdida de interés,

indecisión, alteración de pensamiento, cambios de hábito de sueño y apetito ⁽¹¹⁾; esto indicaría que definitivamente se está desarrollando algún grado de depresión. Uno de los posibles factores para desarrollar la depresión es el factor ambiental, estar laborando más de 12 horas diarias expuesto directamente a pacientes con COVID-19 ⁽⁴³⁾; desencadena cualquier indicio de los signos y síntomas antes mencionados como indicadores de la depresión.

Desde el punto de vista de Beck ⁽⁵⁵⁾, las ideas autodestructivas que se presentan son pensamientos que provienen de experiencias vividas tempranamente. Lo cual a Beck lleva a plantear que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismo. La persona tiende a minimizarse, los obstáculos que se presentan son insuperables por lo que se siente frustrado, ve al futuro como un continuo sufrimiento y que solo vendrán peores cosas. De acuerdo al test aplicado a las enfermeras de área COVID-19, han presentado la triada cognitiva en cuanto a visión negativa de sí mismo, interpretación negativa del mundo y visión negativa acerca del futuro.

7. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los (as) profesionales de enfermería que laboran en las áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, presentan en general un nivel de ansiedad leve.
2. Los profesionales de enfermería que laboran en las áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, específicamente en su mayoría presentan un nivel de ansiedad leve en la dimensión del área psíquica; y un nivel de ansiedad moderada en el área somática.
3. Con respecto a las áreas COVID-19 donde laboran los (as) profesionales de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, los servicios donde predomina la ansiedad en los (as) enfermeros (as) son UCI- COVID, emergencia- COVID e intermedios-COVID.
4. La mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en las áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, presentan en general un nivel de depresión mínima.
5. Los profesionales de enfermería que laboran en las áreas COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, específicamente en su mayoría presentan un nivel de depresión mínima en la dimensión del área cognitiva; un nivel de depresión leve en las dimensiones del área afectiva y del área física-conductual respectivamente.
6. Con respecto a las áreas COVID-19 donde laboran los (as) profesionales de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, los servicios donde predomina la depresión en los (as) enfermeros (as) son UCI- COVID, emergencia- COVID e intermedios-COVID.

8. RECOMENDACIONES

1. Las autoridades del Hospital Víctor Ramos Guardia, en especial las jefas de enfermería deben tomar en cuenta los resultados de la presente investigación, e implementar estrategias de intervención para prevenir el incremento de niveles de ansiedad y depresión que presentan los licenciados en enfermería; además de brindar herramientas a las distintas áreas del hospital para que ayuden a disminuir y/o erradicar la ansiedad y depresión.
2. Los directivos de la Facultad de Ciencias Médicas que deben considerar aspectos de promoción y prevención en salud mental dentro del silabus para que los estudiantes tengan conocimiento en identificación de patologías de manera oportuna. En cuanto a la universidad, debe realizar proyección social en las comunidades, con respecto a salud mental, con la finalidad de disminuir los índices de ansiedad y la depresión.
3. Los futuros profesionales de enfermería de diversas universidades, deben realizar trabajos de investigación en relación a estrategias de prevención en ansiedad y depresión.
4. Es necesario que los profesionales de enfermería estén en constante capacitación, actualización continua e intercambio de conocimientos y experiencias en promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión.
5. Debido a la situación complicada del país, es importante para las diversas áreas de la salud, buscar ayuda profesional ya sea de manera grupal o

individual con el objetivo de erradicar o disminuir la ansiedad y depresión que se vive actualmente y llevar una vida mentalmente sana.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020;94(1):20. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
2. Leiva AM, Nazar G, Martínez Sanguinetti MA, Petermann Rocha F, Richezza J, Celis Morales C. Dimensión psicosocial de la pandemia: La otra cara del COVID-19. Cienc Enferm [Internet]. diciembre de 2020 [citado 29 de marzo de 2021];26. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/2257/2597>
3. Organización Panamericana de la Salud. COVID-ARG-2021-04-04_0.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/COVID-ARG-2021-04_04_0.pdf
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. coronavirus050621.pdf [Internet]. [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus050621.pdf>
5. Dirección Regional de Salud Ancash: [Internet]. [citado 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://diresancash.gob.pe/covid19/>

6. Organización Mundial de la Salud. Directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>
7. Londoño LMG, Correa Rodríguez KP. El Covid-19, su Impacto, Efectividad y Calidad en la Atención en Salud en Medellín, Colombia. :58. Internet]. [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20478/1/2020-CorreayGutierrez-Covid-19_efectividad_calidad..pdf
8. Valero Cedeño NJ, Vélez Cuenca MF, Duran Mojica ÁA, Torres Portillo M. Vista de Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión [Internet].2020 [citado 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913/858>
9. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 19 de marzo de 2021];73(suppl 2): e20200434. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400153&tlng=en
10. Obando Zegarra Roxana, Arévalo-Ipanaqué Janet Mercedes, Aliaga Sánchez Ruth América, Obando Zegarra Martina. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. Index Enferm [Internet]. 2020 Dic [citado 13 de febrero 2021]; 29(4): 225-229. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es. Epub 01-Nov-2021.

11. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clínica* [Internet]. 16 de mayo de 2020 [citado 30 de enero de 2021]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>
12. Acosta Quiroz J, Iglesias Osoreo S. Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Lambayeque, Perú [Internet]. [citado 11 de junio de 2021], 83(3):212-3. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3784/4212>
13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [citado el 11 de junio de 2021];3(3):e203976. Disponible en: <https://es.jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
14. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 11 de abril de 2020 [citado 15 de enero de 2021];83(1):51-6. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687>
15. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*

- [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 11 de junio de 2021]; 66:1-8.
 Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834320300839>
16. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. 05/11/2020 [Internet]. 5 de noviembre de 2020 [citado 20 de marzo de 2021];5496(1):10. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0025775320308253?token=8261FD6A2B20665AA0320950775B83048A81323B7FD44D2986E5B964E26A2F3D610A9E544C4A970BB7D3796F5F53E982>
17. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018. 4629.pdf [Internet]. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
18. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016. Informe General del Adulto [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2021]; 35(2). Disponible en:
https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/Vol%20XXXV%202019%20Nro2%20EESM_comparativo%20ciudad%20de%20Abancay%20%202010-2016.pdf
19. Condori Arias Y. 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 [internet]. [citado 29 de marzo de 2021].
 Disponible en:

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

20. Santos KMR dos, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA de, Medeiros A de A, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2021];25(spe):e20200370. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000500201&tlng=pt
21. Batalla Martin D, Espinosa K, Broncano-Bolzoni M. El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. Rev Enferm Salud Ment. [Internet]1 de septiembre de 2020; [citado 19 de marzo de 2021] 17-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544333.pdf>
22. Jizheng H, Mingfeng H, Tengda L, Ake R, Xiaoping Z. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Chin J Ind Hyg Occup Dis [Internet]. 4 de marzo de 2020 [citado 19 de marzo de 2021];38(00):E001-E001. Disponible en: <http://rs.yiigle.com/yufabiao/1183760.htm>
23. Karki P, Katwal G, Chandra A, Chandra A. Prevalence and Measurement of Anxiety and Depression in Nurses During Covid Pandemic in Nepal. Medical College [Internet]. 2020. [citado 19 de marzo de 2021];1(1-10). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342254522_Prevalence_and_Measurement_of_Anxiety_and_Depression_in_Nurses_During_Covid_Pandemic_in_Nepal.

24. Silva Bazan, C. Factores asociados a depresión en enfermeros del hospital emergencias Grau que atienden la emergencia nacional por COVID-19, Lima 2020. T061_72780852_T.pdf [Internet]. [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4417/T061_72780852_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Vallejos Suárez, Mary. Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia- Red Asistencial Lambayeque [Internet] [TESIS DE MAESTRIA]. [CHICLAYO]: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2020. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56418/Vallejos_SML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Vásquez Elera LE. Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020 [Internet] [TESIS DE POSGRADO]. [PIURA]: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2020. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49971/Vasquez_ELE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Concha CAV, Farfán CHV, Calderón AAC, Bairo WL, Arce BGÁ, Laguna YG, et al. Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú. Rev. Científica Enferm - RECIEN [Internet]. 17 de octubre de 2020 [citado 19 de marzo de 2021];9(3):50-60. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44>

28. Núñez Zarazu L, Núñez Zarazu NS, Alberto Veramendi VS, Asnate Salazar EJ, Reyes Narváez SE, Amado Oncoy AR. La salud mental de los enfermeros en un hospital andino en tiempos de COVID-19. *revistavive* [Internet]. 4 de mayo de 2021 [citado 3 de junio de 2021];4(11):242-5. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/105>
29. Organización Mundial de la Salud. *Basic-documents-48th-edition-sp.pdf* [Internet]. [citado 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
30. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Internet]. [citado 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
31. Organización Mundial de la Salud. *Invertir en salud mental_spanish_final.pdf* [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
32. Ministerio de Salud. *Módulo de Atención Integral Nociones de Salud Mental en Salud Mental. 2105.pdf* [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2105.pdf>
33. Tawara NAZ, Puclla VFB, Kajatt FA, Huamani NZH, Cárdenas YLC. Víctor Marcial Zamora Mesía ministro de salud. *Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID – 19* [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

34. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clínica [Internet]*. enero de 2002 [citado 14 de marzo de 2021];118(13):493-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775302724299>
35. Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. [citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
36. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal Estar E Subjetividade [Internet]*. marzo de 2003 [citado 14 de junio de 2021];3(1):10-59. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
38. Martínez Mallen M, López Garza D. Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría [Internet]*. julio de 2011 [citado 19 de marzo de 2021];44(3):101-107. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>

39. Ministerio de salud. Guía de practica Clínica para el tratamiento de la crisis de Ansiedad en emergencia. RD-123-2014-DGINSMHDHN.pdf [Internet]. [citado 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2014/RD-123-2014-DGINSMHDHN.pdf>
40. Montelongo RV, Zaragoza ACL, Bonilla GM, Bayardo SJV. Los trastornos de ansiedad. Rev. Digit. Univ. 2005;8. [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
41. Orozco WN, Baldares MJV. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX [Internet]. 2012 [citado 17 de marzo de 2021]; (604) 497-507. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
42. Escobar F. 18 trastornos de ansiedad. [Internet] [citado 20 de marzo de 2021]; 18(1) 177-189. Disponible en: <http://www.acnweb.org/guia/g5cap18.pdf>
43. Cabanyes J, Monge M Libro Salud Mental Cuidados.pdf [Internet]. [citado 1 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroSaludMentalCuidados.pdf
44. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina El trastorno de ansiedad generalizada. [Internet] 2012. [citado 30 de marzo de 2021]; 21(3):1-2. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/boletin_clinico_terapeutico/2012/BCT-3.pdf

45. Fernández López Odalis, Jiménez Hernández Bárbara, Alfonso Almirall Regla, Sabina Molina Darelys, Cruz Navarro Julia. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Medisur [Internet]. 2012 Oct [citado 30 de marzo del 2021] ; 10(5): 466-479. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es.
46. Ministerio de salud. Guía de practica clinica1084_DGSP261.pdf [Internet]2007. [citado 15 de marzo de 2021]; 1(1-34) Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf
47. Organización Mundial de la Salud | Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
48. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - Depresión | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
49. Fuhrmann CM. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev. Cuba Salud Pública. [Internet] 2017. [citado 15 de marzo de 2021]; 43(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu01217.pdf>
50. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 20 de marzo de 2021];5(12):e610. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>

51. Alarcón Terroso, Ricardo et al. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.pdf [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
52. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev. Bioméd [Internet]. 14 de junio de 2017 [citado 20 de marzo de 2021];28(2). Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557>
53. Esparza RP. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. :10. [Internet] 2017. [citado 20 de marzo de 2021]; 60(5). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
54. Orozco WN, Baldares MJV. Abordaje de la depresión: intervención en crisis. [Internet]. 2012 [citado 20 de marzo de 2021]; 26(2). Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
55. Cora Fricielo A, Artículo revisión. La depresión un acercamiento desde el modelo cognitivo de beck.pdf [Internet]. [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/articulo_revision_la_depresion_un_acercamiento_desde_el_modelo_cognitivo_de_beck.pdf
56. Perez Abereu MR, Gomez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo 2021]; 19(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254>
57. Ávila de Tomas, J. Coronavirus covid-19; patogenia, prevención y tratamiento [Internet]. 2020. [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en:

<https://evidencia.com/wp-content/uploads/2020/03/CORONAVIRUS-COVID-19-4%C2%AA-Ed-18.03.2020.pdf>

58. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med. Lab.* [Internet]. 5 de mayo de 2020 [citado 18 de marzo de 2021];24(3):183-05. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268>
59. Hodgkison R, Balding ST, Zubaid A, Kunz TH. Fruit Bats (Chiroptera: Pteropodidae) as Seed Dispersers and Pollinators in a Lowland Malaysian Rain Forest1. *Biotropica* [Internet]. diciembre de 2003 [citado 22 de marzo de 2021];35(4):491-502. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-7429.2003.tb00606.x>
60. Alves Cunha Ana Luisa, Quispe Cornejo Armin A, Ávila Hilari Adrián, Valdivia Cayoja Adolfo, Chino Mendoza Juan Manuel, Vera Carrasco Oscar. Breve historia y fisiopatología del covid-19. *Cuad. - Hosp. Clín.* [Internet]. 2020 Jul [citado 18 de marzo del 2021];61(1):130-143. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000100011&lng=es.
61. Pérez A G, Cordero R C, Avendaño C LF. OTRO DESAFIO DE LA NATURALEZA: EL NUEVO CORONAVIRUS VIROLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL SARS-COV-2. *Neumol Pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 22 de marzo de 2021];15(2):301–7. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/69>

62. Quesada J. Período de incubación de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. Rev. Clínica Española [Internet]. 01 de octubre 2020 [citado 22 de marzo de 2021]; 221 (2021) 109-117. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-pdf-S001425652030240>
63. Ministerio de sanidad España. Información científica-técnica enfermedad por coronavirus, covid-19 [Internet] 26 de marzo 2020. [citado 18 de marzo de 2021]; 2(1). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200326_ITCoronavirus.pdf
64. Organización mundial de la Salud. WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf [Internet]. [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
65. Organización mundial de la Salud. WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf [Internet]. [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf
66. Organización mundial de la Salud. Covid-strategy-update-14april2020_es.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10

67. Balibrea JMose, Badia JMose, Rubio Pérez I, Martín Antona E, Álvarez Peña E, García Botella S, et al. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cir. Esp. [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 22 de marzo de 2021];98(5):251-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X20300695>
68. Universidad de la Sabana. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. [Internet]. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf>
69. Romero MAG, Soto CS, Sellán AV. Transcultural validation to the Spanish context of the Callista Roy adaptation and coping scale. [Internet] 2019. [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689622/gualdron_romero_maria_alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
70. Guido Pinos. Cápsula Salud Mental Positiva. [Internet]. Edu.ec. [citado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/component/content/article/233-espanol/investigacion/blog-de-ciencia/1452-salud-mental?Itemid=437>
71. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

72. Peláez Sánchez Otto, Más Bermejo Pedro. Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 Jun [citado 20 de marzo de 2021]; 46(2): e2358. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200003&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
73. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
74. Organización Mundial de la Salud. Constitución [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
75. Cortés Cortés ME, León MI. Generalidades sobre Metodología de la Investigación [Internet]. Unacar.mx. [citado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
76. Scribano, A. El proceso de investigación social cualitativo [Internet]. librería Guadalquivir. 2008. [citado 26 de enero 2022]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=YR0tjqk8my4C&pg=PA37&dq=muestreo+por+juicio+y+conveniencia+libro&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjOnOugtND1AhUNTjABHXNuAgoQ6wF6BAgEEAE#v=onepage&q=muestreo%20por%20juicio%20y%20conveniencia%20libro&f=false>

77. Tamayo G. Diseños muestrales en la investigación. Semest. Econ. [Internet]. 1 [citado 26 de enero de 2022];4(7). Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410>
78. Asociación Médica Mundial. The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
79. Asociación Médica Mundial. Ética y Principios Bioéticos que rigen a la enfermería [Internet]. FAREM-Chontales. 2018 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://chontales.unan.edu.ni/index.php/etica-y-principios-bioeticos-que-rigen-a-la-enfermeria/>

ANEXOS

ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL “NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.**



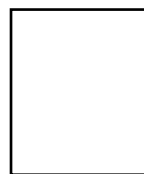
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con DNI N°.....
de..... años de edad. Lic. en enfermería.

Por medio del presente prescrito acepto participar en el trabajo de investigación titulado: “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”; realizado por el investigador: LÁZARO SÁNCHEZ Jhony y SEPTIMO AQUIÑO Giorini estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería, FCM-UNASAM. Objetivo del estudio: Determinar el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería que laboran en áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Autorizar la aplicación de un cuestionario para poder obtener los resultados de la investigación. Declaro que se me ha informado minuciosamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios que conllevará mi participación en el presente estudio. Los investigadores del presente proyecto se han comprometido a brindarme información oportuna y responder mis posibles dudas sobre mi participación.

Firma



Huella

Huaraz,..... dede 2021

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD NACIONAL “NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.



CUESTIONARIO

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”

El siguiente cuestionario, proporcionará información para la realización del estudio de investigación titulado “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”

INSTRUCCIONES:

Se entregará el siguiente cuestionario sociodemográfico que deberá leer cada uno de ítems, luego para proceder a completar con letra legible en los espacios en blanco y marcar con un aspa (x) la respuesta correcta. Sus respuestas son de absoluta confidencialidad y de valiosa importancia para el desarrollo de la presente investigación.

1. Correo electrónico:.....

2. Edad:.....

3. Sexo:

a) Masculino () b) Femenino ()

4. Lugar de procedencia:

a) Rural () b) Urbano ()

5. Estado civil:

a) Soltero(a) ()
b) Conviviente ()
c) Casado(a) ()
c) Divorciado(a) ()
d) Viudo(a) ()

6. Religión

a) Católico ()
b) Evangélico ()
c) Otros ()

7. área de trabajo.

a) UCI Covid ()
b) Unidad Intermedios Covid ()
c) Medicina Covid ()
d) Gineco/obstetricia Covid ()
e) Neonatología/Pediatría Covid ()
f) Emergencia Covid ()
g) Centro Quirúrgico Covid ()
h) Otros servicios Covid ()

ANEXO N° 03



**UNIVERSIDAD NACIONAL “NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.**



CUESTIONARIO

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19. HOSPITAL
VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”**

1. INTRODUCCIÓN:

Estimado Lic. En enfermería, el presente test tiene como finalidad obtener información sobre “ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021”. Así mismo se le hace de su conocimiento que este instrumento es anónimo ya que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación, por lo que se le solicita responder con sinceridad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

2. INSTRUCCIONES:**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma que se presenta en Ud. Todos los ítems deben ser puntuados.

Ausente = 0 Leve = 1 Moderada = 2 Grave = 3 Muy Grave = 4

| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD | | Ausente | Leve | Modera | Grave | Muy grave |
|--|---|----------------|-------------|---------------|--------------|------------------|
| 1 | Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Ansiedad psíquica | | Gravedad del cuadro |
|--------------------------|--|----------------------------|
| ansiedad somática | | No ansiedad: 0 - 5 |
| Sumatoria | | Ansiedad leve: 6 -23 |
| Puntaje total | | Ansiedad moderada 24 - 41 |
| | | Ansiedad severa: ≥ 42 |

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD NACIONAL “NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.



CUESTIONARIO

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021”

1. INTRODUCCIÓN:

Estimado personal de enfermería, el presente test tiene como finalidad obtener información sobre “ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021”. Así mismo se le hace de su conocimiento que este instrumento es anónimo ya que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación, por lo que se le solicita responder con sinceridad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

2. INSTRUCCIONES:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un (X) el casillero del número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

| Ítems | Pts. | Indicadores | Marc ar con "X" |
|---|------|---|--------------------------|
| 1. Tristeza | 0 | No me siento triste. | |
| | 1 | Me siento triste gran parte del tiempo | |
| | 2 | Me siento triste todo el tiempo. | |
| | 3 | Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. | |
| 2. Pesimismo | 0 | No estoy desalentado respecto del mi futuro. | |
| | 1 | Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. | |
| | 2 | No espero que las cosas funcionen para mi | |
| | 3 | Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar. | |
| 3. Fracaso | 0 | No me siento como un fracasado. | |
| | 1 | He fracasado más de lo que hubiera debido. | |
| | 2 | Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. | |
| | 3 | Siento que como persona soy un fracaso total. | |
| 4. Pérdida de Placer | 0 | Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. | |
| | 1 | No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. | |
| | 2 | Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. | |
| | 3 | No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. | |
| 5. Sentimientos de Culpa | 0 | No me siento particularmente culpable. | |
| | 1 | Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. | |
| | 2 | Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. | |
| | 3 | Me siento culpable todo el tiempo. | |
| 6. Sentimientos de Castigo | 0 | No siento que este siendo castigado | |
| | 1 | Siento que tal vez pueda ser castigado. | |
| | 2 | Espero ser castigado. | |
| | 3 | Siento que estoy siendo castigado. | |
| 7. Disconfianza con uno mismo. | 0 | Siento acerca de mi lo mismo que siempre. | |
| | 1 | He perdido la confianza en mí mismo. | |
| | 2 | Estoy decepcionado conmigo mismo | |
| | 3 | No me gusto a mí mismo. | |
| | 0 | No me critico ni me culpo más de lo habitual | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 8. Autocrítica | 1 | Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo | |
| | 2 | Me critico a mí mismo por todos mis errores | |
| | 3 | Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede. | |
| 9. Pensamientos o Deseos Suicidas | 0 | No tengo ningún pensamiento de matarme. | |
| | 1 | He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría | |
| | 2 | Querría matarme | |
| 10. Llanto | 3 | Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo. | |
| | 0 | No lloro más de lo que solía hacer. | |
| | 1 | Lloro más de lo que solía hacerlo | |
| | 2 | Lloro por cualquier pequeñez. | |
| 11. Agitación | 3 | Siento ganas de llorar, pero no puedo. | |
| | 0 | No estoy más inquieto o tenso que lo habitual | |
| | 1 | Me siento más inquieto o tenso que lo habitual | |
| | 2 | Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. | |
| 12. Pérdida de Interés | 3 | Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo | |
| | 0 | No he perdido el interés en otras actividades o personas. | |
| | 1 | Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. | |
| | 2 | He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. | |
| 13. Indecisión | 3 | Me es difícil interesarme por algo. | |
| | 0 | Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. | |
| | 1 | Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones | |
| | 2 | Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. | |
| 14. Desvalorización | 3 | Tengo problemas para tomar cualquier decisión. | |
| | 0 | No siento que yo no sea valioso | |
| | 1 | No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme | |
| | 2 | Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. | |
| 15. Pérdida de Energía | 3 | Siento que no valgo nada. | |
| | 0 | Tengo tanta energía como siempre. | |
| | 1 | Tengo menos energía que la que solía tener. | |
| | 2 | No tengo suficiente energía para hacer demasiado | |
| 16. | 3 | No tengo energía suficiente para hacer nada. | |
| | 0 | No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| Cambios en los Hábitos de Sueño | 1 ^a | Duermo un poco más que lo habitual. | |
| | 1b | Duermo un poco menos que lo habitual. | |
| | 2 ^a | Duermo mucho más que lo habitual. | |
| | 2b | Duermo mucho menos que lo habitual | |
| | 3 ^a | Duermo la mayor parte del día | |
| | 3b | Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme | |
| 17. Irritabilidad | 0 | No estoy tan irritable que lo habitual. | |
| | 1 | Estoy más irritable que lo habitual. | |
| | 2 | Estoy mucho más irritable que lo habitual. | |
| | 3 | Estoy irritable todo el tiempo. | |
| 18. Cambios en el Apetito | 0 | No he experimentado ningún cambio en mi apetito. | |
| | 1 ^a | Mi apetito es un poco menor que lo habitual. | |
| | 1b | Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. | |
| | 2 ^a | Mi apetito es mucho menor que antes. | |
| | 2b | Mi apetito es mucho mayor que lo habitual | |
| | 3 ^a | No tengo apetito en absoluto. | |
| 19. Dificultad de Concentración | 0 | Puedo concentrarme tan bien como siempre. | |
| | 1 | No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. | |
| | 2 | Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. | |
| | 3 | Encuentro que no puedo concentrarme en nada. | |
| 20. Cansancio o Fatiga | 0 | No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. | |
| | 1 | Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. | |
| | 2 | Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. | |
| | 3 | Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer. | |
| 21. Pérdida de Interés en el Sexo | 0 | No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | |
| | 1 | Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. | |
| | 2 | Estoy mucho menos interesado en el sexo. | |
| | 3 | He perdido completamente el interés en el sexo. | |

| | |
|----------------------|--|
| Puntaje total | Depresión mínima: 0-13 puntos Depresión leve: 14-19 puntos Depresión moderada: 20-28 puntos Depresión grave: 29-63 puntos |
|----------------------|--|

ANEXO N° 05



**UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO
ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto, en él se clasificará con la puntuación de cero (0) a uno (1) de acuerdo a su criterio.

| | |
|---|-------|
| 1. El instrumento persigue los fines del objetivo general | (1) |
| 2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos | (1) |
| 3. La hipótesis es atingente al problema y los objetivos planteados | (1) |
| 4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto | (1) |
| 5. Los ítems están redactados correctamente | (1) |
| 6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado | (1) |
| 7. El instrumento a aplicarse a la comprobación de la hipótesis | (1) |
| 8. La hipótesis está formulada correctamente | (1) |

LEYENDA:

DA : De Acuerdo.
ED : En Desacuerdo

Puntuación

1
0

| JUEZ | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3 | Ítem 4 | Ítem 5 | Ítem 6 | Ítem 7 | Ítem 8 | TOTAL |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| I | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| II | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| III | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| IV | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| V | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| TOTAL | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 40 |

JUEZ:

- I. Mag. María Rosario Mendoza Alva.
- II. Dra. Llerme Núñez Zarazú.
- III. Dra. Bibiana León Huerta.
- IV. Dra. Úrsula Lezameta Blas.
- V. Dr. Jesús Zúñiga Huerta.

Dan conformidad los jueces:



Mg. María Rosario Mendoza Alva



Dra. Bibiana León Huerta



Dra. Úrsula Lezameta Blas



Dr. JESÚS V. ZUÑIGA HUERTA



Dra. Llerme Núñez Zarazu

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE (HARS) Y (BDI-II)

Resumen De Contrastes De Hipótesis

| | Hipótesis nula | Prueba | Sig | Decisión |
|---|--|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1 | Las categorías definidas por Juez 01 se producen con las probabilidades especificadas. | Prueba binomial para una muestra. | 0.008 ¹ | Conserve la hipótesis nula. |
| 2 | Las categorías definidas por Juez 02 se producen con las probabilidades especificadas. | Prueba binomial para una muestra. | 0.008 ¹ | Conserve la hipótesis nula. |
| 3 | Las categorías definidas por Juez 03 se producen con las probabilidades especificadas. | Prueba binomial para una muestra. | 0.008 ¹ | Conserve la hipótesis nula. |
| 4 | Las categorías definidas por Juez 04 se producen con las probabilidades especificadas. | Prueba binomial para una muestra. | 0.008 ¹ | Conserve la hipótesis nula. |
| 5 | Las categorías definidas por Juez 05 se producen con las probabilidades especificadas. | Prueba binomial para una muestra. | 0.008 ¹ | Conserve la hipótesis nula. |

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación 0.05¹ es se muestra la significación exacta para esta prueba.

CONCLUSIÓN: Como P promedio de Significancia= 0.0272 es <0.05, lo que demuestra el instrumento realmente mide lo que pretende medir y que el instrumento de observación es válido.

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS PARA MEDIR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS COVID-19, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2021

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se tomó una muestra piloto con 17 encuestados, grupo que posee características similares a la población en estudio, luego de la aplicación del instrumento se procesó en el programa SPSS versión 24.0. haciendo uso de la prueba de alfa de Cronbach, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. CUESTIONARIO DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Estadísticas de fiabilidad

| N° muestra de piloto | Alfa de Cronbach | N° de ítems |
|----------------------|------------------|-------------|
| 17 | 0,855 | 14 |

Ansiedad

| | N | % |
|--------------|----|-------|
| Sin ansiedad | 4 | 23,5% |
| Leve | 13 | 76,5% |
| total | 17 | 100% |

2. CUESTIONARIO DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Estadísticas de fiabilidad

| N° muestra de piloto | Alfa de Cronbach | N° de ítems |
|----------------------|------------------|-------------|
| 17 | 0,931 | 21 |

Depresión

| | N | % |
|----------|----|-------|
| Mínima | 13 | 76,5% |
| Leve | 2 | 11,8% |
| Moderada | 2 | 11,7% |
| Total | 17 | 100 |

ANEXO N° 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|---|---|--|--|---|
| ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021? | <p>General</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.</p> <p>Específicos</p> | <p>Ha. Existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.</p> <p>Ho. No existe ansiedad y depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en</p> | <p>X1: Ansiedad</p> <p>X2: Depresión</p> | <p>Tipo: descriptivo, prospectivo y cuantitativo</p> <p>Diseño: investigación no experimental, de corte transversal</p> <p>Técnica: La técnica que se utilizó para la recolección de datos será la encuesta.</p> <p>Instrumento: se aplicó el cuestionario en tres partes Datos sociodemográficos.</p> | <p>Población: estuvo constituido por 56 profesionales de enfermería que laboran en área COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia – Hz.</p> <p>Muestra: Por las características de la población se trabajó con todos los sujetos que</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | <p>✓ Identificar el nivel de ansiedad durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.</p> | <p>profesionales de enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021.</p> | | <p>Escala de Ansiedad de Hamilton, que consta de 14 ítems, los puntajes van del 0 a 4; llegando a sumar de 0 a 56 puntos, los puntos de corte para la ansiedad son: No ansiedad: 0 – 5, ansiedad leve: 6 -23; ansiedad moderada 24 – 41; ansiedad severa: ≥ 42.</p> <p>Escala de Inventario de depresión para adultos de Beck (BDI-II), está compuesto por 21 ítems, Cada ítem se puntúa de 0 a 3, El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos Se establecen</p> | <p>constituyen la población o universo, por lo tanto; fue una muestra no probabilística, por juicio de 56 participantes.</p> |
| | <p>✓ Establecer el nivel de depresión durante la pandemia SARS-CoV-2 en profesionales de</p> | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | enfermería de áreas COVID-19, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2021. | | | cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. | |
|--|---|--|--|--|--|