

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA
ESFERA MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE
LA PANDEMIA COVID – 19, UCAYALI – 2022**

Tesis para optar el título profesional de

MÉDICO CIRUJANO

MILENA MAYORITH BONILLA GARCÍA

Pucallpa, Perú



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los...12 días del mes de Julio del dos mil Veintitrés, siendo las 16:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **“FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA ESFERA MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19, UCAYALI-2022”** elaborado por la bachiller en Medicina Humana **Milena Mayorith Bonilla García**.

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ	(Presidente)
M.C EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN	(Miembro)
M.C LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de Aprobado por Unanimidad con el calificativo de Dieciocho (18) Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa,12..... de Julio del 2023.

.....
Dr. Tomas Noel Santana Téllez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
Dr. Tomas Noel Santana Téllez
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Mg. Luis Alberto Vicente Yaya
Asesor de Tesis

.....
Bach. Milena Mayorith Bonilla García
Tesisista



CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND/OURIGINAL

N° V/0341-2023.

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA ESFERA MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19, UCAYALI – 2022"

Autor(es) : **BONILLA GARCÍA, MILENA MAYORITH**
Facultad : **MEDICINA HUMANA**
Escuela : **Medicina Humana**
Asesor(a) : **Mg. Vicente Yaya, Luis Alberto**

Presenta un **porcentaje de similitud de 6%** verificado en el Sistema Antiplagio URKUND/OURIGINAL, De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud**, procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia

Fecha: 09/06/2023



Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Milena Mayorith Bonilla García

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

"Factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali-2022"

Sustentada el año: 2023

Con la asesoría de: M.C. Luis Alberto Vicente yaya

En la Facultad: Medicina Humana

Escuela profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL Significa que se publicará en el repositorio institucional solo la caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar si su tesis o documento presenta material patentable, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPi cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 13 / 07 / 23

Email: milanabonilla.1201@gmail.com
Teléfono: 964025183

Firma: [Firma]
DNI: 72741132

· www.repositorio.unu.edu.pe

✉ repositorio@unu.edu.pe

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali - 2022”

1.2. ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN:

Enfermedades crónicas no transmisibles.

1.3. AUTORA:

Milena Mayorith Bonilla García.

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la UNU.

1.4. ASESOR:

Dr. Luis Alberto Vicente Yaya.

Presidente del comité de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana.

1.5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

- Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Centro de salud 9 de octubre.
- Dr. Christian Richard Mejía Álvarez, Consultoría temática y estadística.

1.6. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

Autofinanciado.

DEDICATORIA.

A mi familia por su constante apoyo, sobre todo a mis padres y a mi hermano mayor por brindarme su amor, comprensión y consejos durante todo este tiempo, gracias por enseñarme los valores, ayudarme a comprender qué es la perseverancia y actuar siempre con resiliencia y empatía, gracias a ellos pude formarme como la persona que soy ahora.

Gracias a mis maestros, a mis amigas (os) que estuvieron durante toda mi etapa universitaria y también me ayudaron en mi formación tanto profesional como personal.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios, por siempre acompañarme y guiar cada uno de mis pasos y decisiones que he dado durante todo este tiempo.

Gracias a cada miembro de mi familia, a mis padres: Gladys Estela García Bonilla y Basilio Eliseo Bonilla Félix, por siempre estar presentes para mí, por aconsejarme y apoyarme en todo, gracias por siempre creer en mí. A mi hermano mayor, Gelsing, quien es y será mi ejemplo a seguir, gracias a él por sus consejos y orientaciones; a mis hermanos menores, Hairo y Frank por apoyarme. Agradecer a mis tíos y primos quienes siempre me dan sus palabras de aliento.

Gracias a mis amigas quienes han hecho de mis años universitarios los mejores, pues siempre me apoyaron y apoyan en cada idea, proyecto o decisión que tomo, gracias por siempre estar en todos los momentos, ya sean buenos o malos.

Gracias a mis maestros de la universidad y del hospital, los cuales han impartido en mí sus enseñanzas y experiencias durante todo este tiempo, sobre todo en el periodo del internado médico, pues ellos me han dado durante ese último año mucha confianza para tomar decisiones.

Gracias a la Universidad Nacional de Ucayali, por ser mi casa de estudios y formación en estos 7 años.

Y, por último, a mis compañeros de estudio quienes de alguna manera fueron de apoyo durante este tiempo universitario.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	II
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
ÍNDICE GENERAL	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I: PROBLEMA.	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1.1. Descripción del Problema.	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	19
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	20
1.3.1. Objetivo General.	20
1.3.2. Objetivos Específicos.	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.	23
2.1. ANTECEDENTES.	23
2.1.1. Investigaciones Extranjeras	23
2.1.2. Investigaciones Nacionales.	29
2.1.3. Investigaciones Locales	36
2.2. BASES TEÓRICAS.	37
Definición de términos básicos:	56
2.3. HIPÓTESIS.	58

2.4. VARIABLES.....	59
2.4.1. Operacionalización de variables.....	62
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	69
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	69
3.2. TIPO DE ESTUDIO.....	69
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	69
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	69
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	70
3.6.1. Universo población de muestra, unidad de análisis y observación.	72
3.6.2. Criterios de inclusión y exclusión.	72
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS (pruebas estadísticas).	76
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	78
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	78
4.2. DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Característica de los encuestados.	78
Tabla 2. Niveles de depresión en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022.....	79
Tabla 3. Niveles de ansiedad en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022.....	80
Tabla 4. Niveles de estrés en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022	80
Tabla 5. Factores asociados al padecer depresión moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.....	81
Tabla 6. Factores asociados al padecer de ansiedad moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.....	82
Tabla 7. Factores asociados al padecer de estrés moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.....	84
Tabla 8. Factores asociados al padecer de estrés post traumático (EPT) en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.....	85
Tabla 9. Factores asociados al padecer de Burnout en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.....	87

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 01. Matriz de consistencia.....	106
ANEXO 02. Permisos institucionales.....	108
ANEXO 03. Cuestionario.....	110
ANEXO 04. Consentimiento informado.....	113
ANEXO 05. Certificado de conducta responsable de investigación.	114

RESUMEN

En el marco de esta pandemia, el personal de salud ha presentado un gran impacto psicológico debido a su relación directa con la atención de pacientes contagiados con COVID - 19, convirtiéndose así en parte de un grupo vulnerable.

Objetivo: Conocer los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19. **Metodología:** La población estuvo conformada por personal de salud de dos establecimientos (Hospital Amazónico de Yarinacocha y Centro de Salud 9 de octubre), siendo la muestra total de 341 personas. El tipo de estudio es observacional, analítico, correlacional, transversal, no experimental, para ello se usó como instrumento una encuesta auto aplicada con el cual se recolectó los datos de los participantes. **Resultados:** Se encontró mayor relación de depresión con el género femenino ($p < 0,001$) y de desarrollar menor depresión en relación con tener mayor edad (>38 años) ($p = 0,018$). La ansiedad tuvo más prevalencia en tener familiares fallecidos ($p = 0,029$) y se vio menor asociación de ansiedad y depresión en las áreas de cirugía, medicina y pediatría, así como también se asoció el estrés y estrés post traumático con ser técnico de enfermería. El tener enfermedades previas ($p < 0,001$), colegas fallecidos ($p < 0,001$) y ser personal de enfermería ($p = 0,020$) tuvo estrecha relación con estrés post traumático. **Conclusión:** Existe factores asociados a la depresión, ansiedad, estrés y estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19.

Palabras claves

COVID - 19, personal de salud, salud mental.

ABSTRACT

In the context of this pandemic, healthcare personnel have presented a great psychological impact due to their direct relationship with the care of patients infected with COVID-19, becoming part of a vulnerable group. **Objective:** To identify the factors associated with mental health disorders in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** The population was made up of healthcare personnel from two establishments (Amazonian Hospital of Yarinacocha and 9 de Octubre Health Center), with a total sample of 341 people. The type of study is observational, analytical, correlational, cross-sectional, non-experimental, for which a self-administered survey was used as an instrument to collect data from the participants. **Results:** A greater relationship was found between depression and the female gender ($p < 0.001$), and a lower likelihood of developing depression in relation to being older (> 38 years) ($p = 0.018$). Anxiety had a higher prevalence in those with deceased family members ($p = 0.029$), and there was a lower association of anxiety and depression in the areas of surgery, medicine, and pediatrics. Stress and post-traumatic stress were also associated with being a nursing technician. Having previous illnesses ($p < 0.001$), deceased colleagues ($p < 0.001$), and being a nursing staff ($p = 0.020$) were closely related to post-traumatic stress. **Conclusion:** There are factors associated with depression, anxiety, stress, and post-traumatic stress in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic.

Keywords:

COVID - 19, healthcare workers, mental health

INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida por la OMS como un estado de bienestar mental el cual ayuda a sobrellevar los momentos de estrés en la vida, a tomar decisiones y establecer relaciones para un óptimo desarrollo personal(1). Para poder definir el estado de salud mental de una persona es necesario conocer sus capacidades, responsabilidades, formas de afrontamiento ante situaciones estresante y de dificultad, así como también sus relaciones interpersonales.

La pandemia COVID – 19 nos ha mostrado la importancia de proteger la salud mental del personal de salud, puesto que, siempre han estado en primera línea en una constante exposición directa a pacientes contagiados, generando en ellos situaciones estresantes que convierten al trabajador en personas vulnerables a padecer cualquier afección física y psicológica (2,3). Además, durante este tiempo de pandemia se ha observado que en esta población ha existido alta asociación de deterioro psicológico evidenciándose así altas tasas de depresión, ansiedad, estrés, síndrome de Burnout y estrés post traumático, lo cual ha llevado una disminución de la eficacia laboral y profesional(4). Al respecto, la OMS en el año 2019 menciona que para que exista resultados positivos en la organización del trabajo, la realización personal y la calidad de vida de un trabajador es necesario tener un adecuado bienestar mental(5), es decir, no debe existir alteraciones que dañen su estado físico y mental, puesto que, si existe daño psicológico puede conllevar a padecer estrés y posterior a ello fatiga u otras alteraciones que dañen directamente al individuo.

Por otra parte, se ha evidenciado los limitados estudios de los comportamientos que alteran la salud mental en el personal de salud y además, sumada a ello los escasos protocolos ante esta situación, el inadecuado seguimiento, evaluación y tratamiento para estas afectaciones psicológicas que se vieron desarrolladas dentro del contexto de la pandemia COVID - 19(6). Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y ante la falta de información sobre el estado mental del trabajador de salud en nuestro medio; este estudio, tiene como objetivo conocer los factores asociados a los trastornos del estado de salud mental del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.

CAPÍTULO I

PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del Problema.

Las epidemias, tanto emergentes como reemergentes siempre han sido una amenaza para la salud pública (7), en la actualidad se han estado cumpliendo las condiciones que propician el inicio de una pandemia; como son, la presencia de un nuevo virus de influenza con habilidades para contagiar y replicarse rápidamente (8).

Debido al incremento de casos similares, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que el nuevo virus sería la principal causa del Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS– CoV– 2), denominándolo más adelante con el nombre de COVID – 19 (9)

El coronavirus (COVID – 19) es un virus patógeno que afecta tanto la salud del ser humano como de los animales, generalmente es causante de enfermedades respiratorias graves y mortales (10). Después de haberse identificado en diciembre del 2019 varios casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China, la OMS declaró a finales de enero del 2020 al coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional y más tarde, el 11 de Marzo como pandemia, dado a su rápida propagación por todo el mundo (11,12).

Según los antecedentes observados en reportes y evidencias en varios países se ha podido demostrar que el personal de salud siempre ha reflejado una prevalencia de estrés(13), trauma psicológico(14), miedo por la seguridad personal y bienestar de su familia y compañeros(15); el cual tuvo lugar durante los brotes del virus de la influenza A (H1N1) durante el año 2009(16), del Síndrome respiratorio de Oriente Medio Brote de CoV producido por una variante de la familia del coronavirus durante el 2015(15,17) y el virus altamente patógeno del ébola descubierto desde 1976, con un considerable reemergencia

durante el 2014 y 2016 (18,19). Actualmente, el servicio de salud de todos los países se viene enfrentando a una nueva pandemia, el COVID - 19.

El Perú no fue indiferente a la rápida progresión de esta pandemia, pues el 6 de marzo del 2020 el presidente de la República dio a conocer el primer caso del paciente cero confirmado de COVID – 19(20), se trataba de un joven de 25 años que regresaba de Europa luego de visitar Francia, España y República Checa(21), lugares donde el incremento del virus fue exponencial(22). A mediados del 15 de marzo del 2020 el Minsa confirmó un aumento acelerado de casos y el Gobierno peruano declaró un estado de emergencia nacional(23,24), comenzando así la primera ola, el cual es el aumento y descenso exponencial de casos confirmados(25). En la región de Ucayali el panorama fue similar, y aunque fue la última región en ser contagiada(26), en los meses de abril y mayo del 2020 se registraron un aumento repentino de casos nuevos y de mayor mortalidad (27,28) en toda la región.

Dentro de las huellas provocadas por la pandemia del virus COVID – 19, está el cuadro clínico el cual estaba presente en todas las edades etarias, pero con mayor énfasis en personas mayores y con comorbilidades, los cuales eran más vulnerables. Variando de esta forma desde asintomáticas a sintomáticos: fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor muscular, confusión, dolor de cabeza y garganta, rinorrea, molestias gastrointestinales con predominio a diarreas, náuseas y vómitos (29), hasta neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda y posteriormente la muerte.

En el marco de esta pandemia causada por nuevas cepas de virus, así como también de otros brotes recientes originados por agentes infecciosos similares(16) y nuevas variantes del COVID - 19 , el personal de salud quien siempre ha permanecido en primera línea ha venido liderando una ardua batalla originando así en ellos secuelas de gran impacto psicológico debido a su relación con la atención directa a números cada vez mayores de pacientes contagiados(2) convirtiéndose así en parte de un grupo vulnerable al estrés y otras emociones fuertes(30), entre algunos de estos factores precipitantes se encuentra el hecho de experimentar y/o presenciar con frecuencia el sufrimiento y la muerte de pacientes, colegas y familiares, pues además de ser la población

más vulnerable al contagio por la prolongada exposición a la enfermedad y el miedo a contagiar a familia y amigos; por otro lado, la falta de equipos adecuados de protección personal (EPP), escasez de personal y la falta de equipamientos en los hospitales como camas, ventilador mecánico y oxígeno (31) han sido parte de su deterioro mental.

En un estudio realizado (Lozano-Vargas., et al 2020) se documentó que el 28.8% del personal de salud sufría de ansiedad, 16.5% de depresión y el 8.1% de estrés, todos estos entre un rango de moderado a severo(32), el miedo, el insomnio, el dolor, el estrés postraumático, traumatización indirecta, síntomas obsesivo-compulsivos(12), negación, ira y miedo causan un déficit de atención por parte del personal de salud y a la vez una lenta capacidad para decidir y comprender, lo que podría afectar a la atención del paciente (33).

Por otra parte, se ha evidenciado que durante el contexto de esta pandemia ha existido asociación entre la ansiedad, depresión, estrés post traumático con el desarrollo del síndrome de Burnout en el personal de salud, el cual es definido por la OMS como el síndrome que resulta del estrés crónico generado por el trabajo que no ha sido llevado con éxito, en ella se encuentran tres dimensiones importantes: a) Agotamiento y deterioro de energía, b) Sentimientos negativos e indiferencia relacionada al trabajo, c) Disminución de la eficacia profesional, siendo las principales causas la tensión laboral y la incertidumbre sobre el futuro (4,34). En un estudio realizado en Ecuador (Vinuesa – Veloz, et. al 2020) se observó que tanto el personal médico como enfermería presentó agotamiento emocional tanto severo y moderado (78.15% vs. 63.02%), despersonalización severo y moderado (72.61% vs 65.63%), frecuencia de realización personal fue baja y moderada (85.41% vs 78.09%). De este estudio se observó que el 95.36% del personal médico presentaba un síndrome de Burnout de moderado a severo al igual que el personal de enfermería que presentaba un 95.89% (35)

Todos los factores causales mencionados anteriormente deterioran la salud mental en el personal de salud, y si a ello le agregamos otros estresores como es el aislamiento y la cuarentena, el miedo, la frustración (36), las diferentes condiciones de trabajo (la fatigosa carga de pendientes, mayor horas de jornadas laborales, cambios en el espacio y ambiente de trabajo), condición relacionada

con la escasez del equipo de protección personal, condición familiar y social (temor al contagio y distanciamiento social), condiciones relacionadas al paciente (aumento de las tasas de mortalidad y falta de medicamentos necesarios), y condiciones relacionadas con los medios de comunicación y sensación de sentir poco y/o abandono por parte del sistema de salud (2,37), podría conducir a pensar en tomar decisiones fatalistas, como por ejemplo, el suicidio.

Por todo lo planteado anteriormente y observando que la pandemia COVID – 19 ha afectado de igual manera a todas las regiones del Perú y no siendo ajeno a ello la región de Ucayali, es necesario conocer el estado de salud mental del personal de salud mental durante la pandemia COVID – 19 en un establecimiento de I y II nivel de atención de la región como son el Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Centro de Salud 9 de octubre. Los resultados obtenidos en esta investigación nos servirán de referencia para la realización de estudios posteriores y a la vez poder generar estrategias para ayudar a mejorar el estado de salud mental de todas las personas y en especial el del personal de salud, así como también servirá como datos estadísticos para poder analizar cómo ha afectado la pandemia a todo el personal y de esta manera incentivarlos a sobrellevar de la mejor manera la situación que se está atravesando. Sin embargo, a nivel local no existe mucha información disponible sobre este tema, por tal motivo, el presente estudio ayudará a esclarecer la relación que existe entre estrés, ansiedad, depresión, síndrome de Burnout y la percepción de ideas fatalistas, todo ello con el fin de mejorar la calidad de vida del personal de salud tanto en la vida personal como profesional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

a. Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?

b. Problemas específicos:

- a. ¿Cuál es el nivel de depresión del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?
- b. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?
- c. ¿Cuál es el nivel de estrés del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?
- d. ¿Existe estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?
- e. ¿Existe el síndrome de Burnout en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Objetivo General.

Conocer los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- a. Identificar el nivel de depresión del personal de salud durante la primera ola del COVID – 19, Ucayali - 2022.
- b. Identificar el nivel de ansiedad del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.
- c. Identificar el nivel de estrés del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.
- d. Identificar si existe estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.

- e. Identificar si existe síndrome de Burnout en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se justifica en lo siguiente:

El bienestar e integridad del personal de salud en todo ámbito es necesario para tener un buen estado de salud, el cual es definido por la OMS como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(38), para así contribuir a una adecuada atención y prestación segura y de calidad de sus servicios hacia a los pacientes. Es así que cualquier condición relativamente extraña ya sea externa o interna a ellos puede resultar perjudicial para el correcto desarrollo de sus actividades, por tal motivo, en el contexto de esta pandemia esta investigación es importante y conveniente ya que se ofreció una base de datos estadísticos detallados acerca de los factores que perjudican la salud mental del personal sanitario el cual es necesaria para asegurar el control y prevención de cualquier afectación que dañen su salud mental.

- **JUSTIFICACIÓN SOCIAL.**

La relevancia social del estudio está en que busca favorecer tanto al personal de salud que participó en la encuesta, así como también a la institución en donde fue realizada, pues durante la pandemia COVID-19, el personal de salud no solo a nivel nacional sino también en nuestra región de Ucayali ha estado estrechamente relacionado a condiciones estresantes como largas horas de jornadas laborales, exposición directa a pacientes contagiados, el hecho de presenciar el contagio y muerte de colegas, familiares y pacientes, así como también la falta de equipos y EPP (2,31). Por tal motivo, los resultados obtenidos en este estudio servirán de referencia para tomar las medidas necesarias para generar estrategias o programas sanitarios que ayuden a mejorar el estado mental logrando de esta manera viabilizar una mejor calidad de vida, el cual le genere una saludable salud mental que será favorable en el entorno

laboral como personal de cada trabajador de salud, pues es preciso recalcar que en nuestra región no existe muchas investigaciones o datos estadísticos que busquen conocer el estado mental de nuestro personal de salud.

- **JUSTIFICACION TEÓRICA:**

La relevancia teórica es que mediante este estudio se logró conocer los datos estadísticos de forma detallada y precisa acerca del estado de salud mental del personal de salud, favoreciendo así el incremento de los conocimientos sobre este verdadero problema de salud pública en el Perú (39), pues los datos obtenidos representan las sensaciones y sentimientos frente el actuar diario durante esta pandemia , tanto en el ámbito laboral, familiar y social.

- **JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:**

La relevancia práctica del presente estudio es que mediante los datos obtenidos se puede identificar si existe la presencia de los síntomas de depresión, ansiedad, estrés, estrés post traumático y síndrome de Burnout en el personal de salud, logrando así ayudar a tomar medidas tempranas y preventivas por parte de ellos para evitar aquellos factores que precipitan estos cuadros o aminorar la sintomatología, para que así no interfieran a largo plazo en un mayor problema psicológico (40,41), estas medidas pueden lograrse ya sea acudiendo a medicina ocupacional o buscando una ayuda psicológica profesional de ser necesario, debido a que estas variables interfieren y generan un mayor impacto en su vida profesional y cotidiana (41).

- **JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA:**

En lo metodológico, se usó instrumentos que nos ayudaron en la recolección de datos, además de procedimientos y métodos estadísticos que nos sirvieron para el tratamiento de los mismos, toda esta información servirá de apoyo para que sea utilizado como referencia en la realización de estudios análogos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

1.5. ANTECEDENTES.

1.5.1. Investigaciones Extranjeras

Lai J. et al (China - 2020). realizaron un estudio transversal titulado “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019” (Lai J. et al - 2020) (41), en donde el universo estuvo integrado por 1257 trabajadores de la salud de 34 hospitales. Las variables estudiadas fueron: depresión, ansiedad, insomnio, angustia, datos demográficos como ocupación, sexo, edad, estado civil, nivel educativo, título técnico, ubicación geográfica y lugar de residencia.

Para estimar los resultados se usó como instrumento un Cuestionario de salud del paciente, la escala de Trastorno de ansiedad generalizada, el índice de severidad del insomnio y la escala de Impacto de eventos.

La edad promedio de los participantes fue entre 26 y 40 años, predominando el sexo femenino con un 76.7%. Del estudio realizado, el 60.8% eran enfermeras, 39.2% eran médicos trabajadores de primera línea. Entre los resultados hallados fueron angustia (71.5%) y estadísticamente significativa $p < 0,001$; seguida de depresión (50.4% $p = 0,01$), ansiedad (44.6% $p < 0,001$), y de insomnio (34.0% $p < 0,001$). Se obtuvo como conclusión que todos los participantes, especialmente las enfermeras mujeres experimentaron más carga psicológica puesto que se involucraban directamente con pacientes COVID – 19 para realizar su tratamiento y cuidado.

Guo J, Liao L, Wang B, Li X, Guo L, Tong Z, et al. (China - 2020) realizaron un trabajo científico titulado “Efectos psicológicos del COVID-19 en el personal hospitalario: una encuesta transversal nacional de China continental” (Guo J, et. al - 2020)(42), donde la población estuvo integrada por 11118 trabajadores de salud, donde se utilizó una encuesta en línea de tipo transversal mediante el

WeChat, se usó la encuesta de escala de ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación de la depresión (SDS).

Del estudio realizado, se obtuvo que el 4.98% de los participantes reportaron niveles medios y altos de ansiedad, el 13.47% reportó niveles medios y altos de depresión, así como también el ser médico, enfermera y el personal más joven que labora en primera línea del COVID – 19 tenían mayores probabilidades de desarrollar ansiedad y depresión que aquellos que no estaban en primera línea.

Gilleen J. et al. (Reino Unido - 2020) realizaron un trabajo transversal titulado “Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y el bienestar de los trabajadores de la salud del Reino Unido” (Gilleen J. et al. - 2020) (43) en donde el universo estuvo integrado por 2773 trabajadores de salud después de la ola de la pandemia del 2020. Las variables estudiadas fueron: ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático y estrés.

Para estimar los resultados se usó como instrumento escalas de salud mental validadas: Cuestionario de salud del paciente (mide depresión en las últimas 2 semanas), la escala de Trastorno de ansiedad generalizada (mide ansiedad en las últimas 2 semanas), Escala de impacto de eventos (mide TEPT en los últimos 7 días), Escala de estrés percibido (mide estrés en el último mes) y CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) que mide la resiliencia. Por otra parte, se usó como prueba estadística el ANOVA para poder cuantificar el cambio del bienestar antes y durante el COVID -19.

Del estudio realizado, los principales resultados hallados fueron una alta depresión (28%); seguida de ansiedad (33%) y altos síntomas de TEPT relacionados con COVID – 19 (15%), en donde, los factores de riesgo para tener estos síntomas era ser mujer, trabajar en primera línea y tener un trastorno mental de base. Estar soltero y estar joven se asoció con mayor nivel de depresión y estrés, respectivamente. Además, se observó que, las enfermeras eran propensas a tener síntomas más altos en comparación al médico, y este a su vez mayor nivel sintomático en relación a otros trabajadores de salud.

Urgilés S. (Ecuador – 2020), en su tesis titulado: **“Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito”** (Urgilés S - 2020) (44), la población está conformada por enfermeras, terapeutas respiratorios, residentes y médicos de la unidad covid. Las variables estudiadas fueron: el agotamiento emocional, la despersonalización y realización personal.

Para estimar los resultados se usó como instrumentos el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 ítems que contienen las subescalas como: subescala de agotamiento emocional en donde se observa el desgaste emocional por la demanda de trabajo, subescala de despersonalización, en el cual se ve actitudes como la frialdad y distanciamiento y, por último, la subescala de realización personal en donde evalúa la autosuficiencia y realización personal en el trabajo. El presente Cuestionario es útil para poder identificar indicios de Bournout, con un 90% de confiabilidad, se realizó de forma online y dentro de las variables tomadas se encuentran la edad, sexo, tiempo de trabajo en la unidad que labora.

En los resultados obtenidos del estudio realizado se encontraron que el rango de edad fue de 31 a 40 años con predominio del sexo femenino, donde: el 50% de los casos fue por cansancio emocional, 20% fue tanto para despersonalización como para realización personal y solo el 8.5% cumplían con las tres escalas antes mencionadas.

Vinueza-Veloz AF, et. al (Ecuador - 2020), realizó un estudio titulado: **“Síndrome de burnout entre médicos y enfermeras ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19”** (Vinueza-Veloz AF, et. al - 2020) (45) Estudio analítico de corte transversal en donde la muestra fue de 224 personas pertenecientes a los establecimientos del Ministerio de Salud en donde figuraban médicos y enfermeras. Las variables usadas fueron: Síndrome de Burnout como variable dependiente y la función que realizaban como variable independiente.

Los instrumentos usados fue una encuesta la cual incluyó una recopilación de información demográfica – laboral y el Inventario de Burnout de Maslach, que incluye 22 ítems en escala tipo Likert y 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Dentro de los resultados obtenidos se observa que, el 67.41% de los encuestados fueron médicos y el 32.59% fueron enfermeros. Se encontró que el personal médico y de enfermería presentó agotamiento emocional de severo a moderado (78.15% vs 63.02%), la realización personal fue alta en los médicos y enfermeros ubicándose entre baja y moderada (85.41% vs 78.09%) y por último, la despersonalización fue severa y moderada (72.61% vs 65.63%). Es importante recalcar que de todo esto, un 95.36% del personal médico sufre Burnout de moderado a severo al igual que el personal de enfermería con un 95.89%.

Luceño-Moreno L (España- 2020) realizaron un trabajo científico titulado “Síntomas de Estrés Postraumático, Ansiedad, Depresión, Niveles de Resiliencia y Burnout en el Personal Sanitario Español durante la Pandemia de COVID-19” (Luceño-Moreno L - 2020) (46) estudio transversal integrada por una muestra nos probabilística de 1422 trabajadores de salud. Las variables estudiadas fueren: estrés post traumático, ansiedad, depresión y Burnout.

Para estimar los resultados se usó como instrumento una encuesta, basada en la Impact of Event Scale-Revised (IES-R), para medir EPT, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), versión española para determinar ansiedad y depresión y Maslach Burnout Inventory-MBI-HSS para evaluar el síndrome de Burnout.

Se obtuvo como resultado que el 56.6% de los trabajadores presentaron síntomas de estrés post traumático, el 58.6% síntomas de ansiedad, 46% depresión y el 41.1% se encontraba agotado emocionalmente. El personal que tenía mayor prevalencia a sufrir estrés post traumático fue la población femenina, ya que le preocupaba el hecho de estar infectada y contagiar a las personas con quienes convivía Las variables de riesgo para ansiedad y depresión fue ser mujer, laborar más de 12 a 24 horas y ser trabajadores de nivel inferior puesto

que ellos se encargaban del control de los procedimientos y su capacidad de decisión era menor.

Alshehri AS, Alghamdi AH (Arabia Saudita – 2021), realizaron un estudio titulado: “Trastorno de estrés postraumático entre trabajadores de la salud diagnosticados con COVID-19 en Jeddah, Reino de Arabia Saudita, 2020 a 2021” (Alshehri AS, et. al - 2020)(47) es un estudio transversal analítico en donde la muestra fue de 440 profesionales de la salud que trabajaban en la ciudad de Jeddah.

Se usó como instrumento la ‘Lista de verificación de PTSD para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)’ (PCL-5), que consta de 20 elementos que evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas de estrés post traumático.

Dentro de los resultados obtenidos se observó que el 54% era mujeres y el 46% eran varones, donde la edad media fue de 36.9 años, se detectó TEPT en el 14.9% y tenían una estrecha prevalencia con aquellos que tenían enfermedades crónicas previas con un 23.7%, sobre todo los diabéticos con un 30.8%, obesos con un 41.2%, personal de salud quienes están en relación directa con casos positivos de COVID – 19 con un 18.8% y aquellos que estaban aislados. En conclusión, se observó que había mayor prevalencia de TEPT en trabajadores que tenían enfermedades previas y que se encontraban lidiando con casos positivos de COVID – 19.

Lazar AE, et. al (Rumanía - 2022) realizaron un trabajo científico titulado “Encuesta sobre ansiedad y trastorno de estrés postraumático en personal de cuidados intensivos durante la pandemia de COVID-19 en un país de escasos recursos médicos” (Lazar AE - 2020)(48) estudio prospectivo no aleatorizado, en donde la muestra estuvo conformada por 87 profesionales de la salud conformado por médicos, enfermeras y técnicos del Hospital Clínico de Emergencia del Condado de Târgu Mures.

Para la recolección de los datos se usó cuestionarios, donde se usó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la prueba de estrés postraumático (TPST).

En los resultados obtenidos se observa que, el grupo de médicos, enfermeras y técnicos mostraron síntomas de ansiedad moderada, relacionándose así a la ansiedad con la edad y el número de años de trabajo, se observó mayor relación de EPT en médicos y enfermeras, en el personal de UCI se observó que tenían síntomas de moderados de ansiedad y EPT, sin embargo, los años de experiencia en la UCI fue un impacto positivo para los síntomas de ansiedad.

Hendriksen PA, et. al (Buenos Aires– 2022), realizó un estudio titulado: “Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19” (Hendriksen PA, et. al - 2022)(49) es un estudio multicéntrico, prospectivo, analítico en tres hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, la población incluyó a todo el personal que tenía una contratación directa con el gobierno y que se desempeñó de manera presencial durante la pandemia.

El instrumento usado fue la escala de Gad 7 de ansiedad, escala de Maslach para Burnout, Escala de Trauma de Davidson para la evaluación de TEPT. Para calcular si los resultados eran estadísticamente significativos se ejecutó pruebas de chi – cuadrado (χ^2).

Los resultados; los mayores niveles de sintomatología fueron el grado de exposición al área donde más se dedicaba a los pacientes sospechosos de COVID – 19 y el riesgo auto percibido, las personas del género femenino tuvieron mayor asociación a mayores niveles de ansiedad. En caso de burnout se encontró que se encontraba ligada a la edad de los participantes, donde los jóvenes presentaban mayor sintomatología, y la dificultad del sueño estaba ampliamente ligado a las áreas COVID – 19 y al sexo femenino. Por último, los análisis de TEPT indicaron que tiene mayor incidencia con el sector COVID -19 ($\chi^2=4.91$, $p < 0.05$), donde es mayor el riesgo auto percibido y ser del sexo femenino.

Blanco-Daza M, et.al, (Madrid – 2022) realizó un estudio titulado “Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19” (Blanco-Daza M - 2022) (50), es un estudio descriptivo transversal que fueron incluidos profesionales desde el 15 de junio del 2020 de un Hospital de Madrid,

la muestra fue de 377 profesionales de enfermería en donde incluyen los servicios de: hospitalización, servicio quirúrgico, uci, urgencia, diálisis y endoscopia.

El instrumento utilizado es la escala de percepción del riesgo modificada (RPS modificada), resiliencia breve escala (BRS) y escala de trauma de Davidson (DTS) para evaluar TEPT.

Los resultados obtenidos fueron: se encontró relación moderada entre la puntuación de BRS y DTS ($r = -0,410$, $p < 0.001$), también se encontró una relación estadísticamente significativa moderada y proporcional entre la DTS y PRS ($r = 0,423$, $p < 0.001$), el tener haber tenido un familiar o amigo fallecido por COVID – 19 (OR = 2,3; IC 95% [1,22-4,39]) aumentaba el riesgo de presentar TEPT.

1.5.2. Investigaciones Nacionales.

Huaman DB, et. al (Lima - 2020), realizó un trabajo titulado: “Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú” (Huaman DB, et. al - 2020) (51), estudio tipo observacional, de corte transversal y analítico en donde la población fue de 4197 personal asistencial que trabajaban en 5 hospitales, según un muestreo probabilístico el tamaño de muestra fue de 352 personal asistencial. Las variables usadas fueron: a) socio – laborales: edad, sexo, profesión, tipo de establecimiento de salud, área donde labora, condición laboral, cuenta con EPP; b) Salud mental: disforia general relacionado a la ansiedad y depresión, la disfunción social; c) Tensión en el trabajo: dirigido a medir la experiencia subjetiva asociada al desempeño en el trabajo.

Los instrumentos que se aplicaron en este estudio fueron cuestionarios como: Cuestionario de Salud General (GHQ-12) para valorar la salud mental del personal de salud, consta de una escala tipo Likert de 12 ítems, por otra parte, se usó también el cuestionario de tensión T3/15, el cual consta de 15 preguntas dicotómicas y de estructura factorial unidimensional. Las encuestas fue por Google forms y fueron distribuidas mediante los medios de comunicación virtual como correos institucionales, Messenger, WhatsApp. El análisis estadístico se

realizó mediante la prueba de Chi cuadrado y correlación de Spearman para analizar si existe correlación entre dos de las variables aleatorias.

Los resultados obtenidos según el Cuestionario de Tensión T3/15, el 83.2% del personal afirmaba que el trabajo producía tensión y preocupación, el 71.6% eran ansiosos, tensos y se preocupaban a causa de su trabajo, el 50.3% se agobiaba al pensar en el trabajo, el 45.2% solo desea que llegue la hora de marcharse de su establecimiento y el 57.7% no están relajados durante su trabajo. Con respecto al estado de salud mental (GHQ -12), un 51.7% posee mala salud mental.

*Becerra-Canales B, et. al (Ica- 2020), realizaron un estudio titulado: “**Salud auto percibida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de COVID-19**” (Becerra-Canales B, et. al - 2020) (52)* Estudio observacional, transversal y descriptivo, en donde el muestreo fue no probabilístico en bola de nieve compuesta de 166 personal de enfermería incluidos enfermeros y técnicos de enfermería. Las variables a considerar son: disforia general y disfunción social.

Para estimar los resultados se usó el Cuestionario de Salud General (GHQ – 12), con una escala tipo Likert que mide dos áreas: a) disforia general: que se relaciona con ansiedad, depresión, b) disfunción social: relacionado con las actividades diarias y las habilidades de enfrentamiento a situaciones difíciles. La recolección de datos fue por una encuesta realizada por Google Forms y para procesar los datos sociodemográficos, variable aleatoria y salud auto percibida se usó Chi cuadrado.

Según los resultados obtenidos se evidenció un grado alto de angustia, un mayor nivel de mala salud auto percibida con una prevalencia del 50% en mujeres enfermeras, el cual fue mayor en condición de nombrado y mayores de 50 años; a la vez se encontró diferencias significativas ($p < 0.05$) en la disforia general pero con niveles altos (vinculada con la ansiedad y depresión) y la disfunción social también se encontraba en niveles altos pero no se encontró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.05$). En conclusión, tanto la dimensión de salud general o disforia general que están ampliamente relacionados con el estrés, la

ansiedad y la depresión estuvo presente en el 45.08% del personal de enfermería.

Concha CAV, et. al (Cusco - 2020) realizaron un trabajo científico titulado **“Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú”** (Concha CAV, et. al - 2020)(53) Estudio de diseño correlacional y transversal, en donde la muestra estuvo integrada por 89 personas del personal de enfermería, las variables usadas fueron: como variable independiente a los estilos de afrontamiento y al estrés, ansiedad y depresión como variable dependiente.

Para estimar los resultados se usó como instrumentos el Test de DASS – 21 y el de Brief- Cope 28 que evalúa los mecanismos de afrontamiento (afrontamiento cognitivo, social, bloqueo del afrontamiento y afrontamiento espiritual). Los cuestionarios se aplicaron vía online en donde se calculó las frecuencias y correlaciones, además se aplicó la prueba de normalidad mediante Kolmogorov – Smirnov seguido de la prueba de correlación de Pearson(r).

Del estudio realizado se encontraron como resultado lo siguiente: un 30.8% presentó depresión, el 41.8% fue ansiedad y un 34.1% fue estrés. A la vez, se observó que había una relación directa del estrés con la depresión (Pearson= 0.574: Sig. <0.01) y ansiedad (Pearson= 0.611: Sig. <0.01), así como también la ansiedad está relacionada a la depresión (Pearson= 0.543: Sig. <0.01) de ellos, el 78% trabajaba en contacto con pacientes infectados y un 37.4% indicó tener un familiar o amigo fallecido por COVID – 19. En los estilos de afrontamiento, se observó que un 83.3% era afrontamiento espiritual, un 79.1% afrontamiento cognitivo, 67% afrontamiento de apoyo social y un 27.8% tuvo un bloqueo de afrontamiento.

Sanchez Cueva GM (Cajamarca - 2021), realizó un estudio titulado: **“Impacto de la pandemia covid-19 en el nivel de ansiedad, depresión y estrés de los obstetras del hospital “José Hernán soto cadenillas” – chota, 2020.”** (Sanchez Cueva GM - 2021) (54) estudio descriptivo, de corte transversal, correlacional y retrospectivo, en donde la muestra estaba conformada por 26

profesionales del servicio de Obstetricia. Las variables estudiadas en este trabajo fueron: COVID – 19, ansiedad, depresión y estrés.

El instrumento usado fue una entrevista a través de un cuestionario que constó de dos partes, la primera sobre datos generales y la segunda sobre la escala de Depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21). Para el análisis de los datos se usó análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado.

En los resultados obtenidos se vio que las edades eran de 31 y 37 años, en donde el mayor porcentaje era de sexo femenino. Se logró encontrar la relación de asociación entre COVID – 19 y el nivel de ansiedad, donde, el 61.5% presentaron ansiedad moderada, el 15.3% ansiedad extremadamente severa, el 11.7% ansiedad severa, el 7.7% ansiedad leve y un 3.8% no presentaron ningún síntoma de ansiedad. Se logró encontrar la asociación entre COVID – 19 y el nivel de depresión, donde el 61.5% no mostraron síntomas de depresión, el 30.8% con depresión leve y el 7.7% mostró depresión moderada. Por último, se observó que existe asociación entre el COVID – 19 y el nivel de estrés pues, el 34.6% no presentaron síntomas de estrés, el 34.6% mostraron estrés leve, el 26.9% presentaron estrés moderado y el 3.8% estrés severo.

Obando Zegarra R, et. al (Lima - 2021) realizaron un trabajo científico titulado “Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19” (Obando Zegarra R, et. al - 2021)(55) estudio cuantitativo transversal, descriptivo, en donde la población constó de 250 enfermeros que trabajaban en los servicios de emergencia y la muestra fue no probabilística y constó de 60 profesionales. Las variables estudiadas fueron: depresión, ansiedad y estrés.

El instrumento usado fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), así como también preguntas sociodemográficas y laborales. Como prueba estadística se usó chi cuadrado para identificar las características relacionadas a la depresión, ansiedad y estrés.

En los resultados obtenidos se observó que, el 61.9% eran mujeres, y 38.1% eran hombres, y los enfermeros que trabajaban en los servicios de emergencia tenían mayores niveles de ansiedad (39.1% entre leve, moderado y severo), a comparación de la depresión (24.6% con algún grado) todo ellos en contraste

con el estrés que mostró un menos grado (8.8%). Es preciso recalcar que en los grados severos y muy severos la ansiedad (más frecuente en las edades de 35 – 47 años) ocupa el primer lugar, seguida de estrés y depresión, este último era más frecuente en los enfermeros de mayor edad. En conclusión, se encontró una asociación significativa entre depresión, ser mayor de 48 años, ser mujer y haber trabajado más de 11 años en ese servicio.

Castro Alejos KO (Lima -2021), realizó un estudio titulado: “Relación entre síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud del área de emergencia no COVID-19. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2021” (Castro Alejos KO - 2021) (56) estudio observacional, correlacional y transversal, en donde su muestra fue de 116 profesionales de la salud entre médicos y no médicos. Las variables a estudiar fueron: síntomas de ansiedad y depresión.

El instrumento usado en esta investigación fue una encuesta la cual se dividió en tres partes: datos sociodemográficos, síntomas de ansiedad (para ello se usó la Escala de Evaluación para la ansiedad de Hamilton) y depresión (en donde se usó el Inventario de Depresión de Beck-II). Para poder analizar los datos se usó para análisis de las variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas y para variables cuantitativas se usó medidas de tendencia central como promedio y dispersión (desviación estándar). Para determinar las relaciones se usó la correlación de Rho de Spearman.

En los resultados, se encontró que el 46.6% tenían entre 31 a 45 años, un 63.8% era del sexo femenino y un 59.5% era personal médico. Además, se evidenció que un 78.4% mostró ansiedad moderada o grave, un 19.8% como ansiedad leve y un 1.7% afirmó no padecer ansiedad; así como también un 17.2% mostró depresión severa, un 58.6% depresión moderada, el 19% leve y solo un 5.2% depresión mínima. Por otra parte, se vio que si existía una relación significativa entre ansiedad y depresión con un $p\text{-valor} < 0.05$ en el personal de salud del área de emergencia no Covid – 19.

Castellanos Delgado JM (Lima -2021), realizó un estudio titulado: “Grado del síndrome de Burnout y la asociación con las características del personal de los centros de atención de la Dirección Regional de Salud Lima Norte,

durante la pandemia de Covid-19. Abril-junio 2021” (Castellanos Delgado JM - 2021) (57) Estudio cuantitativo, en donde la muestra estaba conformada por 110 trabajadores del personal de salud de diversos centros de atención de la Diris Lima Norte entre ellos los médicos, enfermeros y obstetras. Las variables estudiadas fueron: agotamiento personal, despersonalización y realización personal. El instrumento usado en esta investigación fue el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir Síndrome de Burnout.

Los resultados que se presentaron fueron, un 40% en el nivel alto de agotamiento personal, un 67.3% en el nivel alto de realización personal y un nivel bajo de despersonalización con un 52.7%. El grupo etario de 20 y 30 años tenía mayor probabilidad de sufrir Burnout que las personas de 50 años.

Medrano Agama WM (Lima -2021), realizó un estudio titulado: “Relación entre Síndrome De Burnout y características sociodemográficas del personal de la Unidad De Cuidados Intensivos En 2 Hospitales Del Perú durante el período 2021” (Medrano Agama WM - 2021) (58) estudio analítico, correlacional, prospectivo y transversal, en donde la muestra estuvo integrada por 68 personas que laboran como personal de salud. Las variables estudiadas son: Síndrome de Burnout como variable dependiente y como independiente a la edad, sexo, estado civil, profesión, tipo de contrato y años de experiencia.

El instrumento a utilizar fue un el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual tiene 3 dimensiones (despersonalización, agotamiento emocional y realización personal). Para procesar los datos se usó la prueba de chi cuadrado para estimar la relación entre dos variables con una confianza al 95% (IC95%) y con un $p < 0.05$ como significativo.

Entre los resultados obtenidos encontramos que había una frecuencia del SBO de 52.9% en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en comparación al 41.2% presente en el Hospital Casimiro Ulloa, por otra parte, se encontró que los niveles de dimensión de agotamiento emocional fueron alto en un 50%, despersonalización con un 31.3% y realización personal con un 18.8%, lo cual indica que el agotamiento personal es más frecuente en el nivel alto en esta población. Por otra parte, se evidenció que existía relación entre la categoría

profesional, sexo, grupo etario y el estado civil con el agotamiento emocional, y también se observó que existía relación significativa entre la experiencia laboral y la despersonalización ($p= 0.006$) y realización personal ($p= 0.005$). También es preciso recalcar que, existe mayor probabilidad de SBO en el grupo etario (RP= 1.77), categoría profesional (RP = 2.34) y tiempo de servicio (RP = 1.64).

*Espinoza-Ascurra G, et. al (Piura - 2021), realizó un estudio titulado: **Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú***” (Espinoza-Ascurra G - 2021) (59). El presente estudio es de tipo observacional de diseño analítico transversal, la muestra usada fue tomada con el instrumento del programa Epi.Info versión 7.1.5.2, siendo un total de 136 trabajadores de la salud, la variable a estudiar fue depresión.

El instrumento para este estudio fue la escala de Zung, validada en Perú por Novara et al. en 1985 en el hospital de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi con un índice de confiabilidad de $\alpha = 0,75$.

Dentro de los resultados obtenidos, la prevalencia de depresión es del 8,8% (IC95%, 4,64-14,90). Se asociaron con ella el antecedente de tener familiar o amigo muerto por COVID-19 (OR = 6,78; IC95%, 1,39-32,90; $p = 0,017$). En cambio, se encontró que el usar equipos de protección personal (EPP) sería un factor protector contra la depresión (OR = 0,03; IC95%, 0,004-0,32; $p = 0,003$). En conclusión, 1:10 profesionales y técnicos de salud sufrieron depresión durante la pandemia de COVID-19 en este estudio. Además, el tener familiares o amigos muertos por COVID-19 se asoció de forma negativa con depresión y el uso de EPP se identificó como factor protector contra la depresión.

*Reyes-Tejada AL, et. al (Lima – 2022), realizaron un estudio titulado **“Presentación aguda del estrés postraumático por la COVID-19”*** (Reyes-Tejada AL – 2022) (60), es un estudio observacional, transversal y retrospectivo, la población a incluir fueron las zonas centro y sur del Perú.

El instrumento usado fue un formulario de Google, para ello se usó el cuestionario Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT – E) con el objetivo de evaluar la sintomatología, además, se correlacionó las

variables, padecimiento de COVID – 19, edad, grado de instrucción, sexo, trastornos de depresión, ansiedad y estrés.

Los resultados fueron, de 2176 encuestados, se encontró relación entre TEPT y la cantidad de horas que se informaban del tema COVID – 19 ($p=0.009$), también hubo mayor relación si algún miembro de la familia tuvo COVID – 19 ($p=0.007$), algún familiar fallecido ($p<0.001$), algún amigo fallecido ($p < 0.001$), el poseer hábitos nocivos ($p < 0.001$), el haber tenido depresión moderada ($p < 0.001$), ansiedad moderada ($p < 0.001$) y estrés moderado ($p < 0.001$).

1.5.3. Investigaciones Locales

Valera Hidalgo JA (Pucallpa- 2021), realizó un estudio titulado: “Salud mental en contexto de pandemia por covid-19 en el personal de salud del hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali, 2021” (Valera Hidalgo JA - 2021) (61) El tipo de estudio fue no experimental, de diseño descriptivo transeccional, la muestra probabilística estaba conformada por 218 participantes de salud. Las variables usadas fueron: estrés, ansiedad y depresión.

Dentro de los instrumentos usados está un cuestionario que estuvo dividido en 2 secciones: características sociodemográficas y el cuestionario DASS (Escala de estrés, ansiedad y depresión) los cuales fueron administrados a través de formularios Google. Para el procesamiento de los datos se usó frecuencias relativas y porcentuales, así como también gráficos.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró que, el 71.3% era una población joven entre los 25 – 29 años, el 17.3% entre 30 a 59 años y un 11.3% mayor de 60 años. En ello, se observó que las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad, HTA, consumidor de tabaco, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad cardiovascular, DM, trastornos neurológicos crónicos, enfermedad hepática crónica y enfermedad renal. El nivel de estrés en esta población se vio que el 98% no presenta estrés considerable, el 1.3% leve, 0.7% moderado. El 98% no presentaba ansiedad considerable, el 2% presenta ansiedad leve, el 1.3% ansiedad moderada y 0.7% ansiedad severa. Por último, un 99.3% no presentó una depresión considerable y 0.7% presentó depresión moderada.

1.6. BASES TEÓRICAS.

1.6.1. Aspectos generales en relación a la Pandemia COVID-19

El recorrido de este virus se dio de forma rápida y progresiva, pues la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (Hubei, China) notificó alrededor de 27 casos de neumonía de etiología desconocida y variada que va desde la forma asintomática, leve y severa, en esta última se observa disnea a los cinco días.

Los síntomas más frecuentes encontrados son faringalgia, neumonía, dolor de cabeza, fiebre (88.7 – 91%), tos seca (67.8%), fatiga (51%), náuseas y vómitos (5%), diarrea (3.8%). Posteriormente estos síntomas se acompañan de linfocitopenia (83.2%), trombocitopenia (36.2 %), leucopenia (33.7%), proteína C reactiva (PCR) aumentada, aceleraciones respiratorias originada por la neumonía intersticial y en los hallazgos radiológicos se mostraron infiltraciones pulmonares bilaterales. Localmente, los síntomas principales son tos seca, fiebre y dificultad respiratoria. En los casos severos, la letalidad va en relación directa con la edad, comorbilidades como: hipertensión arterial (17%), diabetes (8%), enfermedades cardíacas (5%) tratadas con drogas promotoras de ACE2 y las enfermedades respiratorias (2%) o tuberculosis, en estos casos severos, el panorama era más crítico pues, se encontraba la disnea, causada por el daño alveolar, luego una insuficiencia renal y finalmente la muerte. (62)

El 9 de enero del 2020, el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades, identificó que el agente causal de este brote era causado por el SARS – CoV 2, llamado posteriormente por la OMS como COVID – 19. El 20 de enero de este año, el director General de la Organización Mundial de la Salud declaró a este brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), con más de 9 700 casos confirmados en China y más de 106 casos confirmados en 19 países más. (63)

Por tal motivo, varios países realizaron varias medidas de contención para evitar que esta enfermedad siga avanzando, pero aun así se extendió en países de Asia, Medio Oriente y Europa, llegando a Sudamérica aún de forma

tardía, pues el 25 de febrero del 2020, Brasil reportó el primer caso de un enfermo por COVID – 19 lo que originó que varios países cierren sus fronteras. Dos semanas después de reportar el primer caso en Brasil, el ritmo de contagios fue de forma rápida, incluso más rápido que Italia. Tal panorama fue similar en los países como Argentina, Ecuador y Chile que el ritmo de contagio fue superior al de España. El 7 de marzo, Argentina fue el primer país en registrar la primera muerte por coronavirus, por otra parte, Ecuador en particular se vio muy afectado por la pandemia en varias regiones de su país pues se registró varios informes de muertos abandonados en las calles, todo ello nos daba a conocer que existía muchos países que en particular se encontraban vulnerables ante esta pandemia. (64)

En Perú, el 6 de marzo del 2020 se registra el primer caso, se trataba de un joven de 25 años que retornada procedente de Europa. El 7 de marzo se dieron a conocer cuatro contactos del paciente cero y 1 persona que Arequipa que venía de Londres. Desde marzo del 2020, se ha venido registrando varias olas de contagio en el Perú, siendo las más impactantes la primera y segunda ola que dieron un total de 200 373 fallecidos, y un total de 2 205 486 casos positivos de COVID – 19. (57)

1.6.2. Definiciones de salud mental.

La salud mental es definida como el bienestar psicológico, emocional y social que afecta la forma en cómo sentimos, pensamos y actuamos frente a la vida. También ayuda a determinar la forma en que nos relacionamos con los demás, tomamos decisiones y manejamos el estrés. La salud mental es fundamental en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la vejez. (65)

La OMS, define a la salud mental como, *“estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”*. (1)

1.6.3. Determinantes que afectan la salud mental.

1.6.3.1. Ansiedad.

A. Definición:

Según Castro MR (66), define a la ansiedad como la emoción que produce más rechazo en seres humanos lo cual está estrechamente ligado con la separación y el fracaso. Pues, la separación puede darse por la pérdida de un familiar o ser querido, pérdida del empleo u oportunidad laboral.

La angustia o ansiedad es parte de las emociones displacenteras humanas, siendo este un subtipo de miedo que se desarrolla a base de un componente cognitivo intenso generado por situaciones de amenaza, siendo esta una respuesta adaptativa con cambios a nivel cognitivo, fisiológico y conductual.

A nivel fisiológico, es una descarga de activación neurológica sostenida.

A nivel cognitivo, hay una serie de pensamientos frecuentes o intensos a la situación que están viviendo, por ejemplo; preocupación y temor.

A nivel conductual o motor, es la manera en cómo actuamos frente a esa situación amenazante, siendo esta una respuesta desproporcionada por la intensidad, frecuencia o duración como, por ejemplo: tics, evitación y movimientos repetitivos.

Lastimosamente, a veces no es posible regresar la separación y fracaso a su estado anterior generando así estados y síntomas como: angustia, preocupación, nerviosismo, inquietud, nivel de alerta aumentado, aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, tensión muscular y aumento de la actividad simpática (poliuria, diarrea y temblor).

La ansiedad pasa a convertirse en patológica cuando es exagerada y desproporcionada para la situación, además cuando es muy prologada.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD PATOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismo de defensa como reacción a las amenazas a las circunstancias de la vida diaria. - Se reactiva frente a una circunstancia ambiental. - Función adaptativa. - Mejora el rendimiento. - Es más leve. - El componente somático es menor. - No necesita atención psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloquea la respuesta, la cual es adecuada a la vida diaria. - La respuesta es exagerada al desencadenante. - Es desadaptada. - Empeora el rendimiento. - Es grave. - Tiene componente somático. - Genera demanda de atención psiquiátrica.

Fuente: Wendy Navas y María Vargas. Trastornos de ansiedad. Revista médica de costa rica y Centroamérica (604) 497 – 507.

B. Epidemiología:

En el Perú, según la DIRESA durante el año 2020 se atendieron alrededor de 4 mil 025 casos, 3 mil 768 casos en el 2021 y en el primer trimestre del año 2022 ya se han atendido 1098 casos de ansiedad, cifras que difieren y son elevadas a comparación de los años 2017 y 2018 en donde se atendieron alrededor de 2 mil 07 casos y 2 mil 280 casos, respectivamente. (67)

C. Etiología:

Se debe a la interacción de múltiples factores:

Factores biológicos.

- Los factores genéticos y su vulnerabilidad son importantes predisponentes.

Factores psicosociales.

- Estrésores interpersonales, laborales, socio – económicos, etc.
- Trastornos de adaptación.

Factores traumáticos.

- Accidentes graves.
- Desastres.
- Asaltos.

- Violaciones.
- Torturas.
- Secuestros, etc.

Factores psicodinámicos.

- Es la respuesta ante un estímulo de peligro en donde como defensa provoca que el “yo” adopte ciertas medidas defensivas, según el tipo de defensa usada se puede presentar síntomas disociativos, fóbicos, conversivos y obsesivo – compulsivo.

Factores cognitivos y conductuales.

- Pensamientos negativos.
- Sobrevaloración amenazante de los estímulos.
- Infravaloración de los estímulos personales.
- Imita o aprende las respuestas y conductas ansiosas de los demás.

D. Síntomas:

- Palpitaciones, aumento de la frecuencia cardiaca.
- Temblor y sacudida.
- Sudoración.
- Sensación de falta de aliento y ahogo.
- Sensación de atragantamiento.
- Malestar torácico y opresión.
- Molestias abdominales y náuseas.
- Mareo, desmayo e inestabilidad.
- Náuseas y molestias gastrointestinales.
- Desrealización y despersonalización.
- Miedo a perder el control.
- Miedo de morir.
- Sofocos, escalofríos y parestesias.

E. Diagnóstico:

El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis y el examen clínico, pues el reconocimiento de los síntomas y los antecedentes tanto familiar, social, y del trabajo nos llevarán a un diagnóstico eficaz.

Además, es preciso realizar el descarte de que la etiología sea debido a alguna sustancia (fármaco o drogas) y/o alguna enfermedad (hipertiroidismo). (68)

F. Ansiedad por la salud.

Se da cuando el cuerpo interpreta algunos tipos de sensaciones, comportamientos o cambios como síntomas de una enfermedad, lo que conlleva a su vez a las creencias disfuncionales de la salud frente a la enfermedad, crea malos mecanismos adaptativos influyendo así en la capacidad de relacionarse, cambios en el comportamiento y dificultades para tomar decisiones. En el contexto COVID – 19, las personas con un nivel de ansiedad alto son susceptibles a interpretar continuamente que se encuentran infectados, esto ocasiona que acudan a los centros de salud para el descarte constante de la enfermedad, así como también el constante lavado de manos y un aislamiento social extremo. (69)

1.6.3.2. Depresión.

A. Definición:

Según Fernando L. Vázquez et. al se define como depresión al trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza principalmente por cambios en el estado de ánimo y afecto que, interfiere con su vida diaria. (70)

B. Epidemiología:

En el Perú, según la DIRESA durante el año 2020 se atendieron alrededor de 1645 casos, 2 mil 131 casos en el 2021 y en el primer trimestre del año 2022 ya se han atendido 659 casos de depresión, cifras que difieren a comparación de los años 2017 y 2018 en donde se atendieron alrededor de 1890 casos y 1572 casos, respectivamente (67)

C. Etiología:

Muy a menudo para que una persona curse con trastorno depresivo intervienen factores como, factores genéticos, psicológicos, ambientales y factores estresantes.

Algunos tipos de depresión se da de forma hereditaria, es decir, existe una vulnerabilidad biológica, sobre todo en el trastorno bipolar, otros factores que lo predisponen son un ambiente estresante. En el caso de depresión mayor también se da en personas que no tienen antecedentes familiares.

Entre algunos de los factores también están; pérdida de un familiar, enfermedad crónica, problemas financieros, problemas graves, haber sido víctimas de abuso de cualquier índole, cambios bruscos en su vida cotidiana que pueden llevar a un episodio depresivo.

D. Tipos:

Existen tipos comunes de trastornos depresivos, como:

Depresión mayor:

Se caracteriza por durar dos semanas seguidas en donde se muestran estados irritables y tristes que interfieren en su vida cotidiana como: trabajar, dormir, comer y disfrutar actividades placenteras.

Distimia:

Es el tipo menos grave, pero a comparación con la depresión mayor es el más duradero. Esta forma de depresión impide a la persona que actúe de forma positiva.

Trastorno bipolar (maníaco depresivo):

Son estados de ánimo que muestran un patrón hereditario, en donde hay episodios crónicos y recurrentes de manía o hipomanía y de depresión. Los cambios de humor suelen ser muy rápidos y dramáticos donde afectan el juicio y el comportamiento social de la persona.

E. Síntomas:

Las principales manifestaciones con los que cursa son (71):

- Irritabilidad, intranquilidad y frustración.
- Sentimiento de tristeza o ansiedad.
- No realizar actividades que antes eran de interés o divertidas.
- Dificultad para dormir.
- Levantarse muy temprano o dormir mucho.
- Aumento de apetito.
- Dolores de cabeza recurrentes y problemas gastrointestinales que no mejora pese al tratamiento.
- Dificultad de concentración, para tomar decisiones o recordar detalles.
- Sentirse cansado todo el día.
- Sentimientos de culpa.
- Pensamientos suicidas o de generarse alguna lesión.

F. Diagnóstico:

El diagnóstico se logra mediante la entrevista, el examen, físico y psicológico. El médico debe realizar un examen exhaustivo para confirmar el diagnóstico pues, hay medicamentos que suelen inducir estados depresivos; por otra parte, el diagnóstico en la atención primaria se logra mediante encuestas en las cuales se puede identificar si las personas presentan síntomas y según ello realizar un examen mental más minucioso para determinar si su pensamiento, la memoria y su habla se han visto afectados por esta enfermedad.

1.6.3.3. Estrés.

A. Definición:

Según Alfredo Fierro (72), el estrés es una estimulación externa al individuo que conlleva a sentimientos negativos, amenazantes o ambiguos que la persona no puede procesar efectivamente.

Trucco M (73), define al estrés como una serie de respuestas inmunológicas, neuro – endocrinas, emocionales y conductuales a

procesos que exigen una mayor adaptación del organismo logrando así que estos estímulos sean percibido como un peligro o amenaza a la integridad de la persona. Esta amenaza puede ser objetiva o subjetiva y suele afectar a la persona según la situación externa y las discrepancias entre las demandas, expectativas y exigencias de su medio.

B. Epidemiología:

El Ministerio de Salud (MINSa) durante el año 2021, reportó que 52.2% de la población en Lima Metropolitana presentaba casos de estrés desde moderado a severo, siendo la principal causa el COVID – 19, problemas de salud, económicos y familiares. (74)

C. Factores de riesgo:

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

- Historia psiquiátrica prematura.
- Exposiciones traumáticas anteriores a la actual.
- Pertenecer al género femenino.
- Afrontamiento evitativo.
- Neuroticismo.
- Pensamientos catastróficos antes y después de la exposición actual.

D. Síntomas:

Las manifestaciones se dan a nivel:

Conductual:

- Aumento del apetito.
- Situaciones de arrebatos de ira.
- Aumento en el consumo de alcohol.
- Aislamiento.
- Sedentarismo.
- Ejercicio excesivo.

Afectivo:

- Ansiedad.

- Inquietud.
- Falta de motivación.
- Irritabilidad y enojo.
- Situaciones de tristeza o depresión.
- Sentimientos de abrumación.

Somático:

- Aumento de la tensión muscular.
- Fatiga.
- Dolor de pecho.
- Manifestaciones gastrointestinales.
- Problemas frecuentes de salud.
- Disminución de la libido.

E. Diagnóstico:

Según la Sociedad Española para el Estudio de la ansiedad y el estrés (DSM IV TR), los criterios diagnósticos se basan en un examen exhaustivo físico y psicológico en donde evalúan lo siguiente(68):

1. La persona fue expuesta a algún acontecimiento traumático en donde se ha evidenciado situaciones que amenacen su integridad física o si la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror cualquiera de estos acontecimientos.
2. El individuo presenta 3 de los siguientes síntomas disociativos: Sensación de embotamiento o desapego, sensación de aturdimiento, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa.
3. Los episodios traumáticos son recordados persistentemente ya sea por pensamientos, sueños, imágenes, flashbacks recurrentes.
4. Evita estímulos que le recuerden al trauma.
5. Síntomas de ansiedad.
6. Alteraciones que provocan malestar clínico o un deterioro laboral, familiar o social.

7. Todas las emociones o alteraciones no son causadas por alguna sustancia externa (drogas o fármacos).

F. Estrés y personal de salud durante la pandemia COVID – 19.

La falta de un manejo claro a los pacientes, mala evolución de los casos y la consecuente mortalidad ha generado en los médicos sensaciones de frustración, impotencia e incertidumbre, a ello se le agrega el comportamiento y estigmatización de la sociedad hacia ellos, estrictos protocolos de bioseguridad, carencia de equipos de protección, aislamiento de áreas específicas para el tratamiento y manejo de pacientes COVID – 19, estar en constante vigilancia de no contaminarse, falta de interacción y convivencia hacia sus compañeros, familia y amigos, falta de información, cansancio físico, temor a contagiar a su familia a llevado al personal de salud a sufrir cuadros de estrés entre moderado a severo que se ha asociado a una elevada prevalencia del “*Síndrome de Burnout*” el cual incrementaba el riesgo de tener errores en el trabajo(75).

1.6.3.4. Síndrome de Burnout.

A. Definición:

Fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberg en el año 1973, el cual traducido al español significaba “sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto en el trabajo”, Herbert junto a otros profesionales observaron que durante el tiempo estos individuos perdían su simpatía hacia el paciente y su idealismo, este síndrome era frecuente en el personal cuyo trabajo iba dirigido a servir o ayudar a otras personas. Fue así que C. Maslach empezó a tener un gran interés hacia este síndrome y en el año 1977 el término Burnout se empezó a utilizar luego de ser expuesto ante la convención de Asociación Americana de Psicólogos en donde lo conceptualizó como un “*desgaste profesional*” (76) (77).

El síndrome de Burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 como parte de un factor de riesgo laboral ya que, puede afectar la calidad de vida, salud mental o incluso llegar a amenazar la vida(78).

Una de las definiciones más aceptadas es la de C. Maslach, quién describe al Síndrome de Burnout como un forma inadecuada de llevar el estrés crónico, donde el agotamiento personal, la despersonalización y la disminución del desempeño son los principales rasgos(79).

B. Factores de riesgo:

Variables individuales:

- Alto entusiasmo inicial.
- Baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación.
- No tener apoyo de su institución.
- Uso inadecuado de recursos.
- Ser empleado joven.
- Ser mujer (debido a la mayor demanda familiar, educación e ingresos que afronta)
- La familia resultada a veces ser un predictor ya que, a mayor número de hijos, mayor estrés ocupacional; pero existe casos en el que este enfoque fue un factor protector ya que ayudaba al profesional a ser más resistente al Burnout debido a que tiene mayor capacidad de enfrentar los problemas y ser más realistas.

Variables sociales:

Las relaciones sociales ya sea dentro o fuera del lugar de trabajo podría ser un factor predictor o amortiguador del estrés. Las variables sociales se clasifican en:

- *Variables sociales extra – laborales:* El apoyo que sienta el individuo en su entorno familiar, en el hogar, con sus amigos puede mitigar los factores estresores pues ayuda el sentirse valorado, cuidado y querido. Pero, la falta de apoyo social influye

negativamente en la motivación, autoestima y estado de ánimo del individuo.

- *Variables organizacionales:* Se encuentran las extenuantes demandas laborales, el entorno laboral, los puestos de trabajos, organizaciones temporales, inseguridad laboral, relaciones interpersonales en el trabajo, el clima organizacional. Se han estudiado dos tipos las *cuantitativas* que hace referencia a la carga laboral y las *cualitativas* que hace referencia a las tareas laborales. Largas jornadas de trabajo, las sobrecargas de demandas pueden influir en el rendimiento cognitivo de la persona.

Entre algunos factores etiológicos tenemos:

Factores etiológicos ambientales (externos) y relacionados con la personalidad (internos) del agotamiento.	
Factor externo	Factor interno
- Aumento en la demanda en el trabajo	- Expectativas altas.
- Problemas de liderazgo.	- Ser perfeccionistas.
- Instrucciones poco claras (contradictorias)	- Necesidad de reconocimiento.
- Presión del tiempo.	- Necesidad de complacer a los demás.
- Mal ambiente laboral.	- Suprimir los sentimientos y necesidades.
- Falta de autonomía o libertad para tomar decisiones.	- Sentirse irremplazable.
- Pocas oportunidades para participar en la toma de decisiones.	- Usar el trabajo como un sustituto de vida social.
- Problemas de jerarquía.	- Sobreestimación para enfrentar los desafíos.
- Mala comunicación interna.	
- Presión de superiores.	
- Aumento de la responsabilidad.	

-
- Mala organización en el trabajo.
 - Instituciones problemáticas.
 - Falta de recursos.
 - Falta de oportunidades.
 - Falta de retroalimentación positiva.
 - Poco apoyo social.
 - Poco trabajo en equipo.
-

Fuente: Local and Regional Anesthesia 2020, Bélgica

C. Síntomas:

El inicio se da de forma insidiosa y progresiva. Los síntomas que se presentan son:

Físicos:

- Cefaleas.
- Fatiga.
- Agotamiento.
- Insomnio.
- Trastornos gastrointestinales.
- Dolores generalizados.
- Malestares.

Psíquicos:

- Falta de entusiasmo o interés.
- Dificultad para permanecer alerta.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Impaciencia.
- Depresión.
- Negativismo.
- Frustración.
- Desasosiego.

- Desesperanza.

Laborales:

- Ausentismo laboral.
- Poco interés laboral.

Existen, además, tres componentes del Síndrome de Burnout:

- **Agotamiento emocional o cansancio:** caracterizado por la pérdida de energía, fatiga, desgaste que se da de forma progresiva.
- **Despersonalización:** es la defensa que crea el sujeto para lidiar con los sentimientos de impotencia y desesperanza.
- **Abandono de la realización personal:** se da cuando el trabajo pierde valor para el individuo.

D. Diagnóstico:

Para realizar una adecuada valoración del Síndrome de Burnout se emplean las entrevistas, observaciones, test proyectivos, pero a medida que pasaba el tiempo se cambió a cuestionarios o autoinformes, este último es el método más efectivo, siendo el más utilizado el cuestionario de Maslach, el cual posee un 90% de fiabilidad. Este instrumento ayuda a diagnosticar y prevenir este síndrome en varios ambientes laborales.

E. Consecuencias del Síndrome de Burnout.

La mayoría de consecuencias es de enfoque emocional, en donde encontramos:

Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout

Emocional	Cognitivo	Conductual	Social
- Depresión.	- Pérdida de significado.	- Evitación de responsabilidades.	- Evitación de contactos.
- Indefensión.	- Pérdida de valores.	- Absentismo.	- Conflictos interpersonales.

- Apatía.	- Desaparición	- Conductas	- Malhumor
- Desilusión.	de	inadaptas.	familiar
- Pesimismo.	expectativas.	- Desorganización.	- . Aislamiento.
- Hostilidad.	- Modificación	- Sobreimplicación.	- Formación de
- Falta de	autoconcepto.	- Evitación de	grupos críticos.
tolerancia.	- Desorientación	decisiones.	- Evitación
- Acusaciones a	cognitiva.	- Aumento del uso	profesional.
los clientes.	- Pérdida de la	de cafeína,	
- Supresión de	creatividad.	alcohol, tabaco y	
sentimientos	- Distracción.	drogas.	
	- Cinismo.		
	- Criticismo		
	generalizado.		

Fuente: Buendía y Ramos, 2001; 60

F. Síndrome de Burnout en el personal de salud.

Antes de la llegada de la pandemia, el personal de salud ha estado expuesto a diversos estresores como: aumento de las demandas físicas y emocionales, aumento en las cargas de trabajo, horarios laborales y jornadas prolongadas, falta de equipamiento y materiales; durante la llegada de la pandemia todos estos componentes han jugado como factores predisponentes para el desarrollo del síndrome de Burnout pues la incertidumbre, el mecanismo de contagio, el temor por su propio bienestar, el de su familia y amigos, falta de equipamientos de protección personal, aislamiento, falta de apoyo en el trabajo y social, cambios en el estilo de vida. (80)

1.6.3.5. Trastorno de Estrés post traumático.

Es el trastorno de ansiedad que ocurre luego de haber padecido un episodio traumático como un accidente o una enfermedad mortal que ponga en peligro la vida o la de otros. Este sentimiento se produce como una forma de protección del individuo hacia nuevas situaciones parecidas el cual da como resultado; rememoración (se reexperimenta la situación pasada), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo).

Estos procesos llevan como consecuencia una disminución de la concentración, memoria, reacción emocionales fuertes o exageradas, respuesta como un miedo intenso, falta de control, culpa, tristeza, ira. Toda esto genera una hipervigilancia que ocasiona un mayor estrés ya que vuelve a repetir las imágenes una y otra vez, lo cual ocasiona agotamiento, pensamientos irracionales que a su vez generan más la intensidad de la ansiedad. (81)

Para considerar un TEPT, se deben estudiar 6 parámetros:

Criterio A: Delimitación del trauma, se refiere a si la persona a experimentado acontecimientos similares y si ha respondido con temor y desesperanza.

Criterio B, C y D: Son la reexperimentación, evitación y aumento de la activación (como pesadillas, sentimientos o lugares que ayudan a revivir el momento)

Criterio E: Los síntomas duran más de un mes.

Criterio F: Los síntomas afectan más de un área de la vida.

1.6.4. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21).

La Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21), fue desarrollado por Lovibond, S. y Lovibond, P en el año 1995, posteriormente fue aplicado por Apostolo et al. en el año 2012 en idioma portugués, es un instrumento confiable, con propiedades psicométricas que son adecuadas en estudios anteriores de validación (82) Consta de 21 ítems, siendo 7 ítems por cada escala, el cuestionario presenta diversas situaciones de malestar emocional y mediante ello, se le pide señalar al participante la frecuencia con el cual experimentó cada situación(83,84), el cuestionario es presentado en una escala de Likert, donde: *“0= No me ha ocurrido; 1 = Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2 = Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”*.

DASS - 21 posee puntos de corte:

- Escala normal, es la ausencia de todos o la mayor parte de síntomas.
- Escala leve, es la presencia de síntomas, pero con muy poca frecuencia.
- Escala moderada, es la presencia de síntomas con poca frecuencia o buena parte del tiempo.
- Escala severa, es cuando los síntomas se presentan con mayor frecuencia.
- Escala extremadamente severa, cuando los síntomas se presentan con mayor frecuencia o en la mayor parte del tiempo.

DASS – 21 posee escalas, los cuales son:

- 1. Depresión:** Caracterizado por la pérdida de la autoestima, falta de interés e incentivo, así también como no tomar importancia a los logros personales. Esta escala corresponde a los ítems: 3, 5, 10, 13,16, 17, 21 y las puntuaciones obtenidas en ella son utilizadas para clasificarlas en niveles, por ejemplo: Normal (0-3pts), leve (4 pts.), moderado (5 - 7 pts.), severo (8 - 9 pts.) y extremadamente severo (>10 pts.)
- 2. Ansiedad:** Caracterizado por síntomas somáticos de miedo como temblor, taquicardia, anticipación de eventos negativos y amenaza inminente de daño. Esta escala corresponde a los ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 y las puntuaciones obtenidas en ella son utilizadas para clasificarlas en niveles, por ejemplo: Normal (0-3pts), leve (4 pts.), moderado (5 - 7 pts.), severo (8 - 9 pts.) y extremadamente severo (>10 pts.)
- 3. Estrés:** Es la dificultad para relajarse, irritabilidad constante e impaciencia, esta escala corresponde a los ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 y las puntuaciones obtenidas en ella son utilizadas para clasificarlas en niveles, por ejemplo: Normal (0-7pts), leve (8 - 9pts.), moderado (10 – 12 pts.), severo (13-16 pts.) y extremadamente severo (>17 pts.).

1.6.5. Escala breve para diagnosticar estrés post traumático (SPRINT – E).

La escala SPRINT – E detecta los síntomas del TEPT y del estrés post desastre, entre las escalas que miden son: evitación (EV), re - experimentación (RE), embotamiento (EM), depresión (D), hiper -activación (HA), comportamientos poco saludables (CS), tolerancia del estrés (TE), mal desempeño en actividades diarias (DT), poco funcionamiento social (FS), necesidad de ayuda (NA), preocupación hacia las reacciones (PR), ideaciones suicidas. El cuestionario posee escalas donde: la intensidad mínima es 0 y la intensidad máxima es 4, excepto la pregunta 12 que es dicotómica, el tener una puntuación mayor o igual que 3 es considerada como intensa e indica mayores probabilidades de hacer TEPT.(85). El cuestionario es presentado en una escala tipo Likert, donde: “0 = nada, 1 = poco y 2 = mucho”.

1.6.6. Escala Maslach Burnout Inventory (MBI).

El cuestionario Maslach Burnout Inventory fue diseñado por Christina Maslach y Susan Jackson en el año 1981 en donde fue usado para evaluar el desgaste ocupacional y el entorno laboral de profesionales de servicios humanos (como trabajadores de salud, trabajadores sociales, etc), esta escala mide este tipo de estrés crónico que es causado en los trabajadores por estar sometidos a trabajos rutinarios y pesados (86). El cuestionario es presentado en una escala tipo Likert, donde: “0 = Nunca / ninguna vez; 1 = Casi nunca/ pocas veces al año; 2 = Algunas veces/ una vez al mes o menos; 3 = Regularmente/ pocas veces al mes; 4 = Bastantes veces/ una vez por semana; 5 = Casi siempre/ pocas veces a la semana; 6 = Siempre/ todos los días”

El MBI posee subescalas o dimensiones, los cuales son(87):

- 1. Agotamiento emocional:** Es el estar exhausto por las demandas de trabajo, consta de 9 ítems los cuales son: 1,2,3,6,8,13,14,16,20 y se clasifican en nivel: bajo (0 – 18 pts.), medio (19 – 26 pts.) y alto (27 – 54

pts.), donde se considera que hay indicios de Burnout con una puntuación mayor de 26 puntos.

2. Despersonalización: Son las actitudes de distanciamiento, consta de 5 ítems los cuales son: 5,10,11,15,22 y se clasifican en nivel: bajo (0 – 5 pts.), medio (6 – 9 pts.) y alto (10 – 30 pts.), donde se considera que hay indicios de Burnout con una puntuación mayor de 9 puntos.

3. Realización personal: Es el sentimiento de autoeficacia, consta de 8 ítems los cuales son: 4,7,9,12,17,18,19,21 y se clasifican en nivel: bajo (0 – 33 pts.), medio (34 – 39 pts.) y alto (40 – 56 pts.), donde se considera que hay indicios de Burnout con una puntuación menor de 34 puntos.

Para definir el síndrome de Burnout debe existir puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera subescala. Además, para poder clasificar en niveles este síndrome según sus dimensiones se debe considerar lo siguiente:

Niveles de Síndrome de Burnout según puntuación por sus dimensiones

Nivel de identificación	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Alto	27 – 54 pts.	10 – 30 pts.	0 – 33 pts.
Medio	19 – 26 pts.	6 – 9 pts.	34 – 39 pts.
Bajo	0 – 18 pts.	0 – 5 pts.	40 – 56 pts.

Fuente: Jim F. Vásquez- Manrique, et. al. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia Vol. 77 (3) – 2014.

Definición de términos básicos:

1. Ansiedad:

Es la emoción que está ligado a la separación y rechazo, involucrando de esta manera, emociones, pensamientos y reacciones corporales. Esta emoción es un tipo de miedo que causa displacer pues es captada por el organismo como situaciones de amenaza.

2. Depresión:

Es el trastorno que afecta el estado de ánimo durante el día, las características son: tristeza permanente, pérdida de energía, sentimientos de culpa, alteración en la concentración y para poder conciliar el sueño, cambios del apetito, desesperanza y hasta ideas suicidas.

3. Estrés:

Es una respuesta del individuo a las estimulaciones externas que son negativas y amenazantes. Estas estimulaciones con el tiempo, conllevan al agotamiento y altera su sistema funcional y orgánico.

4. Síndrome de Burnout:

Es considerado como un tipo de estrés crónico, el cual es producto de un desgaste ocupacional que afecta al trabajador luego de arduas jornadas de trabajo, suele haber cambios negativos en su comportamiento.

5. Estrés post traumático.

Es un trastorno que se define como la imposibilidad de recuperarse luego de presenciar eventos traumáticos, estos síntomas pueden durar meses o años y hay situaciones en donde se reviven estos momentos que causan reacciones físicas y emocionales.

6. COVID - 19:

Es una enfermedad causada por el coronavirus SARS – CoV – 2, el cual es propagado por gotas y/o aerosoles que se expulsan al momento de hablar, toser y estornudar. Los síntomas más frecuentes son: Fiebre, tos seca, cansancio, odinofagia, disnea y congestión nasal.

7. Miedo:

Es parte de las emociones básicas del ser humano, se considera como parte de las emociones primarias o universales. El miedo es generado en la amígdala. El mecanismo del miedo es que gracias a ello podemos adaptarnos a nuestro entorno y a sus peligros, para así protegernos frente a cualquier situación de amenaza o riesgo.

8. Despersonalización:

Es el sentimiento persistente de sentir que las cosas que nos rodean no son reales o es el sentimiento de encontrarse fuera de su cuerpo, afectando así la capacidad de desenvolverse en su medio.

9. Cuarentena:

Es la restricción de movimientos de las personas que no desarrollan el cuadro clínico de la enfermedad pero que estuvieron expuesta a una enfermedad infecciosa.

10. Brote:

Es la aparición repentina de una enfermedad producto de una infección en un momento y lugar específico.

11. Epidemia:

Es cuando una enfermedad se propaga debido a un descontrol en el brote, se da un aumento de casos en un lugar determinado y se mantiene en el tiempo.

12. Pandemia:

Es cuando el brote afecta a más de un continente y que los casos nuevos en un país sean provocados por transmisión comunitaria.

1.7. HIPÓTESIS.

H0: No existen factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali - 2022

H1: Existen factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali – 2022

1.8. VARIABLES.

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Cualitativa Ordinal	Nivel de depresión	Es el trastorno que afecta el estado de ánimo durante el día.	Se usará los ítems 3,5,10,13,16,17 y 21 de la escala de DASS – 21.
Cualitativa Ordinal	Nivel de ansiedad	Es la emoción que está ligado a la separación y rechazo.	Se usará los ítems 2,4,7,9,15,19 y 20 de la escala de DASS – 21.
Cualitativa Ordinal	Nivel de estrés	Es una respuesta a las estimulaciones externas que son negativas y amenazantes.	Se usará los ítems 1,6,8,11,12,14 y 18 de la escala de DASS – 21.
Cualitativa Ordinal	Estrés post traumático	Es un trastorno que se define como la imposibilidad de recuperarse luego de presenciar eventos traumáticos.	Se usará la escala breve para diagnosticar estrés post traumático (SPRINT – E).
Cualitativa Ordinal	Síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales
		Despersonalización	Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado

		Realización personal	Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa	Se usará los ítems 4,7,9,12,17,18,19 y 21 del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)
Cualitativa Nominal	Sexo		Género del ser humano	Categorizado en masculino y femenino.
Cuantitativa Continua	Edad		Edad cumplida en años	Número de años cumplidos.
Cualitativa Nominal	Estado civil		Situación personal en el que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Categorizado en: soltero, casado, conviviente, divorciado y viudo.
Cuantitativa Discreta	Número de hijos		Número de hijos por familia	Número total de hijos.
Cualitativa Nominal	Lugar de trabajo		Lugar donde ejerce su ocupación.	Categorizado en: Hospital Amazónico de Yarinacocha y Centro de Salud 9 de octubre.
Cualitativa Nominal	Lugar de residencia		Lugar donde reside.	Categorizado en: callería, Yarinacocha, manantay y campo verde.
Cualitativa Nominal	Ocupación laboral que tiene actualmente		Es la actividad laboral que se encuentra realizando	Categorizado en: médico, enfermera (o), obstetra y técnico de enfermería.
Cualitativa Ordinal	Grado académico		Nivel de instrucción escolarizada.	Categorizado en: bachiller, licenciado/titulado, maestría, doctor y técnico superior.
Cualitativa Nominal	Departamento, servicio o unidad		Servicio donde ejerce su ocupación.	Categorizado en: emergencia, unidad de cuidados intensivos (UCI),

medicina, gineco –
obstetricia, pediatría y
cirugía.

Cuantitativa Discreta	Años de servicio en la ocupación actual	Número de años en el servicio donde labora.	Número de años totales en el servicio en el que se encuentran.
Cuantitativa Discreta	Horas de trabajo diario	Número de horas que labora al día.	Número de horas que labora en el establecimiento en promedio al día.
Cualitativa Nominal	Tipo de contrato	Es el tipo de acuerdo por el cual presta sus servicios.	Categorizado en: nombrado, CAS, locación de servicios, SERUMS.
Cualitativa Nominal	Antecedentes de enfermedades	Son las comorbilidades que padece.	Se preguntará si padece de alguna comorbilidad.
Cualitativa Nominal	Hábitos nocivos	Comportamientos habituales que influyen de manera negativa en la salud.	Se preguntará si posee algún hábito nocivo.
Cualitativa Nominal	Apoyo psicológico y/o psiquiátrico	Es el refuerzo psicológico que se brinda a la persona para afrontar situaciones de adversidad.	Se preguntará si o no recibió ayuda psicológica durante y post pandemia COVID – 19.
Cuantitativa Discreta	Número de familiares enfermos por COVID -19	Número de familiares que enfermaron por COVID - 19	Número total de familiares que enfermaron durante la pandemia COVID - 19
Cuantitativa Discreta	Número de familiares fallecidos por COVID -19	Número de familiares que	Número total de familiares que fallecieron

		fallecieron a causa del COVID - 19	durante la pandemia COVID - 19
Cuantitativa Discreta	Número de colegas enfermos por COVID -19	Número de colegas que enfermaron por COVID - 19	Número total de colegas que enfermaron durante la pandemia COVID - 19
Cuantitativa Discreta	Número de colegas fallecidos por COVID -19	Número de colegas que fallecieron a causa del COVID - 19	Número total de colegas que fallecieron durante la pandemia COVID - 19
Cuantitativa Discreta	Vacunas COVID - 19	Número total de vacunas contra el COVID – 19.	Número total de dosis contra la COVID - 19

1.8.1. Operacionalización de variables.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE.
Nivel de depresión	Escala DASS-21: Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.	<p>0: No me ha ocurrido;</p> <p>1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo</p> <p>2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo</p> <p>3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo</p> <p><i>Interpretación:</i></p> <p>-Normal (0-4pts)</p> <p>-Leve (5-6pts.)</p> <p>-Moderado (7-10 pts.)</p> <p>-Severo (11-13 pts.)</p> <p>-Extremadamente severo (>14pts.)</p>	Cualitativa Politómica

Nivel de ansiedad	Escala DASS-21: Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo <i>Interpretación:</i> -Normal (0-3pts) -Leve (4 pts.) -Moderado (5 - 7 pts.) -Severo (8 - 9 pts.) -Extremadamente severo (>10 pts.)	Cualitativa Politómica
--------------------------	--	---	---------------------------

Nivel de estrés	Escala DASS-21: Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo <i>Interpretación:</i> -Normal (0-7pts) -Leve (8 - 9pts.) -Moderado (10 – 12 pts.)	Cualitativa Politómica
------------------------	---	---	---------------------------

			-Severo (13-16 pts.) -Extremadamente severo (>17 pts.)	
Estrés post traumático.	Escala breve para diagnosticar estrés post traumático (SPRINT – E).		0: Nada 1: Poco 2: Mucho <i>Interpretación:</i> - Intensidad mínima (0 -2 pts) - Intensidad máxima (mayor de 3 pts)	Cualitativa Politómica
Nivel de síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) Ítems 1,2,3,6,8,13,14,16	0: Nunca / ninguna vez 1: Casi nunca/ pocas veces al año 2: Algunas veces/ una vez al mes o menos 3: Regularmente/ pocas veces al mes 4: Bastantes veces/ una vez por semana 5: Casi siempre/ pocas veces a la semana 6: Siempre/ todos los días” <i>Interpretación:</i> - Bajo (0 – 18 pts.) - Medio (19 – 26 pts.) - Alto (27 – 54 pts.) <i>Donde, hay indicios de Burnout con una puntuación mayor de 26 pts.</i>	Cualitativa Politómica

Despersonalización	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) Ítems 5, 10, 11, 15 y 22	0: Nunca / ninguna vez 1: Casi nunca/ pocas veces al año 2: Algunas veces/ una vez al mes o menos 3: Regularmente/ pocas veces al mes 4: Bastantes veces/ una vez por semana 5: Casi siempre/ pocas veces a la semana 6: Siempre/ todos los días” <i>Interpretación:</i> - Bajo (0 – 5 pts.) - Medio (6 – 9 pts.) - Alto (10 – 30 pts.) <i>Donde, hay indicios de Burnout con una puntuación mayor de 9 pts.</i>
---------------------------	---	--

Realización personal	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) Ítems 4,7,9,12,17,18,19 y 21	0: Nunca / ninguna vez 1: Casi nunca/ pocas veces al año 2: Algunas veces/ una vez al mes o menos 3: Regularmente/ pocas veces al mes
-----------------------------	---	--

- 4:** Bastantes veces/
una vez por semana
5: Casi siempre/ pocas
veces a la semana
6: Siempre/ todos los
días”

Interpretación:

- Bajo (0 – 33 pts.)
- Medio (34 – 39 pts.)
- Alto (40 – 56 pts.)

*Donde, hay indicios de
Burnout con una
puntuación menor de
34 pts.*

Sexo	Según características externas	-Masculino -Femenino	Cualitativa Dicotómica
Edad	Años de edad del personal de salud	Años cumplidos	Cuantitativa
Estado civil	Estado civil del personal de salud	-Soltero -Casado -Divorciado -Conviviente -Viudo	Cualitativa Politómica
Número de hijos	Cantidad de hijos que tiene el personal de salud.	Número de hijos	Cuantitativa
Lugar de trabajo	Nombre del hospital donde labora actualmente	-Hospital amazónico de Yarinacocha. - Centro de Salud 9 de octubre.	Cualitativa Dicotómica

Ocupación laboral que tiene actualmente	Actividad en que se desempeña el personal de salud.	-Médico -Enfermera -Técnico en enfermería -Obstetra	Cualitativa Politómica
Grado académico	Nivel académico más alto alcanzado por el personal de salud.	-Bachiller Licenciado/titulado -Magister/ Maestría -Doctor -Técnico superior	Cualitativa Politómica
Departamento, Servicio o unidad	Departamento o servicio donde rota actualmente	- Emergencia - Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) - Servicio de medicina - Servicio de Gineco Obstetricia - Servicio de Pediatría - Servicio de Cirugía	Cualitativa Politómica
Años de servicio en la ocupación actual	Número de años de servicio en la ocupación que tiene actualmente	Número de años	Cuantitativa
Horas de trabajo diario	Número de horas en promedio que labora en 1 día	Número de horas	Cuantitativa
Tipo de contrato	Tipo de contrato aceptado por el personal de salud	-Nombrado -Contratado (CAS) -Contratado Locación de servicios) -SERUMS -Otro	Cualitativa Politómica
Antecedentes de enfermedades	Si sufre de alguna enfermedad.	- Obesidad - HTA	Cualitativa Politómica

		- Diabetes - Cáncer - Otros.	
Hábitos nocivos	Si tiene algún hábito nocivo	- Fumar - Tomar alcohol - Otros	Cualitativa Politómica
Lugar de residencia	De acuerdo al lugar en donde reside.	- Callería - Yarinacocha - Manantay - Campo verde - Otros	Cualitativa Politómica
Apoyo psicológico y/o psiquiátrico	Si recibió ayuda durante y post pandemia.	0: No 1: Si	Cualitativa Dicotómica
Número de familiares enfermos por COVID -19	Familiares que fueron afectados por COVID -19	Número de familiares enfermos	Cuantitativa
Número de familiares fallecidos por COVID -19	Familiares que fallecidos por COVID -19	Número de familiares fallecidos	Cuantitativa
Número de colegas enfermos por COVID -19	Colegas que fueron afectados por COVID -19	Número de colegas enfermos	Cuantitativa
Número de colegas fallecidos por COVID -19	Colegas que fallecieron por COVID -19	Número de colegas fallecidos	Cuantitativa
Vacunas COVID - 19	La cantidad de vacunas que recibió contra la COVID – 19	Número de vacunas.	Cuantitativa

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.9. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el Perú, departamento de Ucayali, provincia de coronel Portillo, distrito de Yarinacocha correspondiente al Hospital Amazónico de Yarinacocha y Callería del Centro de Salud 9 de octubre. El Hospital Amazónico de Yarinacocha pertenece a un nivel de categoría II – 2, mientras que el Centro de Salud 9 de octubre es un nivel de categoría I – 4.

1.10. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal, observacional, analítico y correlacional.

Es de tipo cuantitativo, ya que se usó herramientas estadísticas para poder obtener resultados.

1.11. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación es correlacional, porque asocia variables para determinar si estas se relacionan o no con diversas características entre sí.

1.12. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Método es observacional, analítico, correlacional, transversal, no experimental.

Es observacional, porque las variables no son controladas por el investigador, este solo se limita a observar, medir y analizar las variables (J.M. Argimon, J. Jiménez Villa, 2013)(88). Es analítico porque se observaron las posibles causas, naturaleza y efecto.

Es correlacional porque se buscó determinar la relación entre dos variables. (Hernández Sampieri et. al, 2014)(89)

1.13. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

No experimental, transversal.

Es no experimental, porque no se manipula las variables independientes, conceptos, fenómenos o contextos, es decir, se dieron sin la intervención directa del investigador. (Hernández Sampieri et. al, 2014)(89)

1.14. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

Estuvo conformada por el personal de salud de los dos establecimientos, de I y II nivel: Hospital Amazónico de Yarinacocha y Centro de Salud 9 de octubre.

Para poder calcular la muestra se realizó una encuesta piloto con 30 personas y luego se usó el cálculo para muestras de proporciones, en donde se utilizó un software estadístico (Stata vs. 16), el cual, consideró como muestra principal 341 participantes. Para ello, se realizó lo siguiente:

1. Calcular la diferencia de proporciones del trabajo piloto.
2. Llevarlo al programa Stata vs. 16.
 - 2.1. Cruzar las variables propuestas para obtener las frecuencias y calcularlo de acuerdo a las proporciones, aquí se deja un ejemplo de cómo se hizo para una variable (el sexo) versus la ansiedad:

SEXO	ANSIEDAD		TOTAL	PROPORCIÓN
	SI	NO		
MASCULINO	7	3	10	30
FEMENINO	11	9	20	45

Así se realizó el cruce para las otras variables independientes y las dependientes. Luego de obtener cada una de las proporciones se pasó al siguiente paso.

- 2.2. Según el ejemplo de la tabla anterior: Se calculó la proporción de 30 y 45 en base a la ansiedad en ambos sexos, estos resultados son subidos al programa Stata versión 16, y con el comando *sampsi* (quien nos ayudó con el cálculo del tamaño muestral), seguido de los resultados obtenidos y luego el comando *onesample* (utilizado para trabajos transversales analíticos), se usó un comando de esta forma (que también se replicó según cada uno de los cruces):

Sampsi 0.30 0.45, p(.80) onesample

- 2.3. Al aplicarlo nos arrojó el tamaño muestral mínimo que se requería para ese cruce (del sexo versus la ansiedad), en el caso de nuestro ejemplo el tamaño muestral mínimo fue de 78.
- 2.4. Este mismo proceso se realizó al cruzar las otras variables obtenidas y de acuerdo a ello calculamos el tamaño muestral requerido para todos los cruces principales.

Con los resultados obtenidos por el piloto se pudieron realizar 45 cruces con las variables propuestas, y se obtuvo como tamaño muestral óptimo a 341 participantes. Cabe destacar que este era el tamaño muestral mínimo para una potencia del 80%, por lo que, se reclutó a más personas para alcanzar una potencia mayor en los cruces (sabiendo que lo mínimo a encuestar era 341 personas).

Se realizó el muestreo de tipo no probabilístico consecutivo a todo el personal de salud que labora en el Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Centro de Salud 9 de octubre que cumplieron los criterios de inclusión dentro del intervalo del tiempo mencionado,

separando así del estudio a aquel personal de salud con criterios de exclusión.

1.14.1. Universo población de muestra, unidad de análisis y observación.

Personal de salud de los servicios de emergencia, medicina interna, cirugía, gineco – obstetricia, pediatría y UCI, del Hospital Amazónico de Yarinacocha y personal de salud del centro de salud 9 de octubre.

1.14.2. Criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de inclusión:

- Personal de salud que labore en el área de emergencia.
- Personal de salud que labore en el área de medicina interna.
- Personal de salud que labore en el área de UCI.
- Personal de salud que labore en el área de gineco – obstetricia.
- Personal de salud que labore en el área de pediatría.
- Personal de salud que labore en el área de cirugía.
- Profesionales de salud médico (generales, residentes y asistentes.)
- Profesional de salud no médico (licenciados, obstetras, técnico en enfermería)
- Personal de salud que desee participar en el estudio y firme el conocimiento informado.

b. Criterios de exclusión:

- Profesional de salud que se encuentre en licencia por maternidad o vacaciones.
- Personal de salud que no desee participar en el estudio.
- Personal de salud que no responda a las preguntas principales de la encuesta o sus respuestas no tengan relación entre sí.

1.15. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó como instrumento un cuestionario en donde se recolectará información acerca de los factores sociodemográficos, así como también de depresión, ansiedad y estrés, síndrome de Burnout y estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19.

El instrumento consta de 6 secciones:

- 1. Primera sección:** Se abordó las **características sociodemográficas** tales como el sexo, edad (años cumplidos), estado civil, si tiene hijos o no, lugar de residencia, lugar de trabajo (MINSA) y su establecimiento, ocupación actual que tiene, su grado académico, servicio/ unidad en la que labora/rota actualmente (Emergencias, Unidad de cuidados intensivos (UCI), servicio de medicina, servicio de gineco – obstetricia, servicio de pediatría y servicio de cirugía), si tiene hábitos nocivos (fumar, tomar alcohol, otro), antecedentes de enfermedades (Diabetes mellitus, HTA, obesidad, entre otros) el promedio de horas que trabaja al día, tipo de contrato laboral (Nombrado, contratado CAS o Locación de servicios, SERUMS, otros), si recibió ayuda psicológica, el número de dosis contra la COVID – 19 y finalmente si tuvo familiares o colegas enfermos o fallecidos por COVID – 19
- 2. Segunda sección:** Se evaluó la salud mental del personal de salud, para ello se usó la versión reducida del cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, anxiety and stress scales: **DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales)**, que, consta de 21 ítems dividido en 3 subescalas (depresión, ansiedad y estrés):

- **Escala de depresión:**

Es un instrumento que evalúa los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 donde se evidenciará: desesperanza, falta de iniciativa, falta de entusiasmo, problemas de autoestima y afecto positivo.

- **Escala de ansiedad:**

Es un instrumento que evalúa los ítems 2,4,7,9,15, 19 y 20 donde se evidenciará: síntomas somáticos, musculoesqueléticos propios de la ansiedad.

- **Escala de estrés:**

Es un instrumento que evalúa los ítems 1,6,8,11,12,14 y 18 donde se evidenciará: el aumento de tensión, hiperactividad y falta de tolerancia.

La encuesta DASS – 21 se ha estado usando para medir el estado mental de la población durante el contexto COVID – 19, la puntuación se obtiene tras sumar los puntajes de los ítems antes mencionados en una escala tipo Likert, donde: “0= No me ha ocurrido; 1 = Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2 = Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo” , clasificándolo, así como leve, moderado, severo y extremadamente severo.

Para evaluar el estrés post traumático se usó la escala breve de estrés post traumático (**SPRINT – E**) para diagnosticar estrés post traumático, que consta de 12 ítems en donde se estudia: la evitación (EV), re - experimentación (RE), embotamiento (EM), depresión (D), hiper -activación (HA), comportamientos poco saludables (CS), tolerancia del estrés (TE), mal desempeño en actividades diarias (DT), poco funcionamiento social (FS), necesidad de ayuda (NA), preocupación hacia las reacciones (PR), ideaciones suicidas,

en una escala tipo Likert, donde “0 = Nada, 1=Poco y 2= Mucho”, con una puntuación de 0 indica nula asociación de TEPT y una puntuación igual o mayor de 3 indica que hay mayor relación con TEPT.

Para evaluar el síndrome de Burnout se usó el cuestionario **(Maslach burnout inventory - human services: MBI-HSS)**, comprende 22 preguntas distribuidos en subescalas, donde: Agotamiento emocional (AE), comprende los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20, la Despersonalización (DP) abarca los ítems 5,10,11,15 y 22 y la realización personal (PA) comprende los ítems 4,7,9,12,17,18,19 y 21. La puntuación se medirá mediante la suma de los ítems el cual es mediado por una escala tipo Likert, donde: “0 = Nunca / ninguna vez; 1 = Casi nunca/ pocas veces al año; 2 = Algunas veces/ una vez al mes o menos; 3 = Regularmente/ pocas veces al mes; 4 = Bastantes veces/ una vez por semana; 5 = Casi siempre/ pocas veces a la semana; 6 = Siempre/ todos los días” y su valoración para evaluar síndrome de Burnout es la siguiente:

- **Agotamiento emocional (AE):** consta de 9 preguntas, donde la puntuación se clasifica en: Bajo (0 -18 pts.), medio (19 – 26 pts.) y alta (27 – 54 pts.), se considera indicios de Burnout con una puntuación mayor de 26.
- **Despersonalización (DP):** consta de 5 preguntas, donde la puntuación se clasifica en: Bajo (0 -5 pts.), medio (6 – 9 pts.) y alta (10 – 30 pts.), se considera indicios de Burnout con una puntuación mayor de 9.
- **Realización personal (PA):** consta de 8 preguntas, donde la puntuación se clasifica en: Bajo (0 – 33 pts.), medio (34 – 39 pts.) y alta (40 – 56 pts.), se considera indicios de Burnout con una puntuación menor de 34.

Para poder valorar estas puntuaciones y poder definir el síndrome de Burnout, es necesario saber que, debe existir altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera; por tanto, se puede clasificar el síndrome de Burnout según las puntuaciones de sus dimensiones en: alto, medio y bajo.

Cada presente cuestionario se encuentra validado y son usados en diversos tipos de estudios e investigaciones.

1.16. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó la aprobación del protocolo de investigación a la Universidad Nacional de Ucayali y luego de ello se solicitó los permisos de los establecimientos MINSA de la región de Ucayali (Hospital Amazónico de Yarinacocha y Centro de Salud 9 de octubre), posterior a ello, se explicó y realizó el consentimiento informado de cada participante para así aplicar la encuesta en todos los participantes que se encuentren dentro de los criterios de inclusión, dichas encuestas se dieron en formato físico. Posterior a ello, se recolectó los datos y fueron procesados en una base de Microsoft Excel vs. 2016, luego fue exportado en el programa STATA vs. 16 para los posteriores análisis de los datos obtenidos.

1.17. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS (pruebas estadísticas).

Primero se generó una tabla que describiría las características más importantes de la población encuestada, para esto se usó las frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables categóricas, así mismo, luego se procedió a describir las variables cuantitativas, en donde se encontró que tenían un comportamiento no normal (esto con la prueba estadística Shapiro Wilk, por eso se muestran la mediana y rango intercuartílico en todas las tablas).

Posteriormente se cruzó las variables dependientes contra todas las variables independientes, para lo cual se obtuvo las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p ; todos estos fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen). Para que una variable pase del modelo bivariado al multivariado debía tener un valor $p < 0,05$, ese mismo punto de corte se usó para determinar la significancia estadística.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

1.18. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Se realizó la investigación “Factores asociados a trastornos de la salud mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali - 2022” en donde se encontró los siguientes resultados:

Tabla 1. Característica de los encuestados.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	127	37,2%
Femenino	214	62,8%
Edad* (años cumplidos) M y RI	38	32-48
Estado civil		
Soltero, divorciado o viudo	202	59,2%
Casado o conviviente	139	40,8%
Hábitos nocivos		
No	279	81,8%
Si	62	18,2%
Enfermedades previas		
No	285	83,6%
Si	56	16,4%
Lugar de trabajo		
Hospital Amazónico de Yarinacocha	261	76,5%
Centro de Salud 9 de octubre	80	23,5%
Ocupación		
Médico	90	26,4%
Enfermera(o)	98	28,7%
Obstetra	58	17,0%
Técnico en enfermería	95	27,9%
Estudios de post grado		
No	208	61,0%
Si	133	39,0%
Servicio		
Emergencia	90	26,4%
Cirugía	32	9,4%

Gineco-obstetricia	78	22,9%
Medicina	55	16,1%
Pediatría	44	12,9%
Unidad de cuidados intensivos	42	12,3%
Durante la pandemia (M y RI)		
Familiares que enfermaron	5	3-10
Familiares que fallecieron	0	0-1
Colegas que enfermaron	11	8-22
Colegas que fallecieron	2	0-4

M: Mediana. RI: Rango intercuartílico.

Fuente: Datos de la presente investigación.

En la tabla se observa que de los 341 encuestados, el 62,8% fueron mujeres, la mediana de edades fue de 38 años (rango intercuartílico: 32-48 años), el 59,2% eran solteros, divorciados o viudos, el 81,8% refirió no tener hábitos nocivos, el 83,6% no tenía enfermedades previas, el 76,5% trabajaba en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, el 28,7% era enfermero(a), el 39,0% tenía estudios de post grado y el 26,4% trabajaba en el servicio de emergencia. **Tabla 1.**

Tabla 2. Niveles de depresión en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	219	64.22 %	64.22 %
Bajo	77	22.58 %	86.80 %
Moderado	28	8.21 %	95.01 %
Severo	14	4.11 %	99.12 %
Extremadamente severo	3	0.88 %	100.00 %
Total	341	100.00 %	

Fuente: Datos de la presente investigación.

En la presente tabla se observa que de los 341 encuestados, el 64.22% de los participantes no presentaron depresión, no obstante, el 35.78% de ellos si lo manifestaron; además, se encontró un porcentaje considerable de depresión de

nivel bajo con un 22.58%, frente a un 8.21%, 4.11% y 0.88% de depresión de nivel moderado, severo y extremadamente severo respectivamente. **Tabla 2.**

Tabla 3. Niveles de ansiedad en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022

Niveles de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	146	42.82 %	42.82 %
Bajo	40	11.73 %	54.55 %
Moderado	115	33.72 %	88.27 %
Severo	15	4.40 %	92.67 %
Extremadamente severo	25	7.33 %	100.00 %
Total	341	100.00 %	

Fuente: Datos de la presente investigación.

En la presente tabla se observa que de los 341 encuestados, el 57.18% presentó ansiedad, encontrándose un porcentaje altamente considerable de ansiedad de nivel moderado con un 33.72%, frente a un 11.73%, 4.40% y 7.33% de ansiedad de nivel bajo, severo y extremadamente severo respectivamente. **Tabla 3.**

Tabla 4. Niveles de estrés en el personal de salud durante la pandemia COVID-19, Ucayali -2022

Niveles de estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	267	78.30 %	78.30 %
Bajo	37	10.85 %	89.15 %
Moderado	30	8.80 %	97.95 %
Severo	5	1.47 %	99.41 %
Extremadamente severo	2	0.59 %	100.00 %
Total	341	100.00 %	

Fuente: Datos de la presente investigación.

En la presente tabla se observa que de los 341 encuestados, el 78.30% de los participantes no presentaron estrés; no obstante, se encontró que el 21.70% de ellos si lo presentaron, clasificándose así en un nivel bajo de estrés con un 10.85%, un nivel moderado con un 8.80% frente a un 1.47% y 0.59% de estrés de nivel severo y extremadamente severo respectivamente. **Tabla 4.**

Tabla 5. Factores asociados al padecer depresión moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022

Variable	Con depresión		Análisis crudo		Análisis ajustado	
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%)	Valor p	RPa (IC95%)	Valor p
Sexo						
Masculino	115 (90,6)	12 (9,4)	Categoría de comparación		Categoría de comparación	
Femenino	181 (84,6)	33 (15,4)	1,64 (1,10-2,45)	0,016	1,71 (1,29-2,26)	<0,001
Edad*	38 (32-49)	38 (30-46)	0,98 (0,97-0,99)	<0,001	0,98 (0,97-0,99)	0,018
Estado civil						
Soltero, divorciado o viudo	178 (88,1)	24 (11,9)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Casado o conviviente	118 (84,9)	21 (15,1)	1,27 (0,75-2,13)	0,377	No entró al modelo	
Hábitos nocivos						
No	243 (87,1)	36 (12,9)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Si	53 (85,5)	9 (14,5)	1,12 (0,97-1,29)	0,113	No entró al modelo	
Enfermedades previas						
No	249 (87,4)	36 (12,6)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,27 (0,84-1,91)	0,255	No entró al modelo	
Lugar de trabajo						
Hospital Amazónico de Yarinacocha	224 (85,8)	37 (14,2)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
CS 9 de octubre	72 (90,0)	8 (10,0)	0,70 (0,23-2,12)	0,531	No entró al modelo	
Ocupación						
Médico	80 (88,9)	10 (11,1)	Categoría de comparación		Categoría de comparación	
Enfermera(o)	83 (84,7)	15 (15,3)	1,38 (0,68-2,80)	0,377	1,15 (0,65-2,04)	0,632
Obstetra	52 (89,7)	6 (10,3)	0,93 (0,51-1,71)	0,817	0,41 (0,21-0,80)	0,008
Técnico en enfermería	81 (85,3)	14 (14,7)	1,34 (1,02-1,76)	0,033	1,16 (0,98-1,36)	0,079
Estudios de post grado						
No	179 (86,1)	29 (13,9)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Si	117 (88,0)	16 (12,0)	0,87 (0,68-1,12)	0,277	No entró al modelo	
Servicio						

Emergencia	72 (80,0)	18 (20,0)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	28 (87,5)	4 (12,5)	0,65 (0,41-1,01) 0,059	0,65 (0,44-0,95) 0,028
Gineco-obstetricia	66 (84,6)	12 (15,4)	0,77 (0,44-1,35) 0,363	1,19 (1,04-1,36) 0,012
Medicina	51 (92,7)	4 (7,3)	0,36 (0,31-0,43) <0,001	0,35 (0,29-0,42) <0,001
Pediatría	41 (93,2)	3 (6,8)	0,34 (0,11-1,01) 0,053	0,32 (0,11-0,91) 0,033
UCI	38 (90,5)	4 (9,5)	0,48 (0,20-1,15) 0,100	0,47 (0,20-1,08) 0,076
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	7 (3-10)	1,02 (0,99-1,05) 0,186	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,14 (0,98-1,32) 0,094	No entró al modelo
Colegas enfermos	12 (8-22)	10 (8-20)	1,00 (0,99-1,00) 0,054	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-4)	2 (0-5)	1,01 (0,98-1,04) 0,620	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico).

CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

Fuente: Datos de la presente investigación.

Al analizar los factores asociados al padecer depresión moderada o severa, se encontró más frecuencia entre las mujeres (RPa: 1,71; IC95%: 1,29-2,26; valor $p < 0,001$) y entre los que laboraban en el servicio de gineco-obstetricia (RPa: 1,19; IC95%: 1,04-1,36; valor $p = 0,012$); pero hubo menos frecuencia a mayor edad (RPa: 0,98; IC95%: 0,97-0,99; valor $p = 0,018$), entre las obstetras (RPa: 0,41; IC95%: 0,21-0,80; valor $p = 0,008$), entre los del servicio de cirugía (RPa: 0,65; IC95%: 0,44-0,95; valor $p = 0,028$), de medicina (RPa: 0,35; IC95%: 0,29-0,42; valor $p < 0,001$) y de pediatría (RPa: 0,32; IC95%: 0,11-0,91; valor $p = 0,033$).

Tabla 5.

Tabla 6. Factores asociados al padecer de ansiedad moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022

Variable	Con ansiedad		Análisis crudo		Análisis ajustado	
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%)	Valor p	RPa (IC95%)	Valor p
Sexo						
Masculino	70 (55,1)	57 (44,9)				No entró al modelo
Femenino	116 (54,2)	98 (45,8)	1,03 (0,86-1,22)	0,780		No entró al modelo
Edad*	39 (32-49)	38 (32-47)	0,99 (0,98-1,01)	0,326		No entró al modelo
Estado civil						

Soltero, divorciado o viudo	110 (54,5)	92 (45,5)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Casado o conviviente	76 (54,7)	63 (45,3)	0,99 (0,73-1,35) 0,951	No entró al modelo
Hábitos nocivos				
No	147 (52,7)	132 (47,3)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	39 (62,9)	23 (37,1)	0,78 (0,61-0,99) 0,048	0,79 (0,57-1,08) 0,134
Enfermedades previas				
No	156 (54,7)	129 (45,3)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	30 (53,6)	26 (46,4)	1,02 (0,95-1,10) 0,546	No entró al modelo
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico	131 (50,2)	130 (49,8)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	55 (68,7)	25 (31,3)	0,63 (0,36-1,09) 0,097	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	50 (55,6)	40 (44,4)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Enfermera(o)	50 (51,0)	48 (49,0)	1,10 (0,97-1,25) 0,126	No entró al modelo
Obstetra	42 (72,4)	16 (27,6)	0,62 (0,25-1,55) 0,308	No entró al modelo
Técnico en enfermería	44 (46,3)	51 (53,7)	1,22 (0,82-1,82) 0,325	No entró al modelo
Estudios de post grado				
No	121 (58,2)	87 (41,8)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	65 (48,9)	68 (51,1)	1,23 (1,10-1,38) <0,001	1,19 (1,08-1,31) 0,001
Servicio				
Emergencia	36 (40,0)	54 (60,0)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	23 (71,9)	9 (28,1)	0,48 (0,40-0,59) <0,001	0,49 (0,42-0,57) <0,001
Gineco-obstetricia	50 (64,1)	28 (35,9)	0,60 (0,32-1,12) 0,109	0,64 (0,37-1,14) 0,129
Medicina	37 (67,3)	18 (32,7)	0,55 (0,47-0,64) <0,001	0,58 (0,48-0,69) <0,001
Pediatría	23 (52,3)	21 (47,7)	0,80 (0,63-1,01) 0,056	0,79 (0,67-0,92) 0,003
UCI	17 (40,5)	25 (59,5)	0,99 (0,93-1,05) 0,798	0,98 (0,89-1,07) 0,671
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	6 (4-10)	1,03 (>1,00-1,04) 0,014	1,01 (0,99-1,02) 0,346
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,10 (1,02-1,18) 0,010	1,06 (1,01-1,12) 0,029
Colegas enfermos	10 (8-22)	12 (8-22)	1,00 (0,99-1,01) 0,589	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-3)	2 (0-4)	1,01 (0,99-1,04) 0,247	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico).

CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

Fuente: Datos de la presente investigación.

Al analizar los factores asociados al padecer de ansiedad moderada o severa, se encontró que tuvieron más prevalencia los que tenían estudios de posgrado (RPa: 1,19; IC95%: 1,08-1,31; valor p=0,001) y los que tuvieron más cantidad de familiares fallecidos (RPa: 1,06; IC95%: 1,01-1,12; valor p=0,029), por el contrario, hubo menos prevalencia entre los del servicio de cirugía (RPa: 0,49; IC95%: 0,42-0,57; valor p<0,001), de medicina (RPa: 0,58; IC95%: 0,48-0,69; valor p<0,001) y de pediatría (RPa: 0,79; IC95%: 0,67-0,92; valor p=0,003), ajustado por el tener hábitos nocivos. **Tabla 6.**

Tabla 7. Factores asociados al padecer de estrés moderado o severo en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022

Variable	Con estrés		Análisis crudo		Análisis ajustado	
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%)	Valor p	RPa (IC95%)	Valor p
Sexo						
Masculino	114 (89,8)	13 (10,2)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Femenino	190 (88,8)	24 (11,2)	1,10 (0,59-2,05)	0,762	No entró al modelo	
Edad*	38 (32-48)	37 (32-46)	0,99 (0,96-1,02)	0,636	No entró al modelo	
Estado civil						
Soltero, divorciado o viudo	176 (87,1)	26 (12,9)	Categoría de comparación		Categoría de comparación	
Casado o conviviente	128 (92,1)	11 (7,9)	0,61 (0,39-0,95)	0,028	0,55 (0,33-0,93) 0,025	
Hábitos nocivos						
No	248 (88,9)	31 (11,1)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Si	56 (90,3)	6 (9,7)	0,87 (0,38-1,97)	0,735	No entró al modelo	
Enfermedades previas						
No	257 (90,2)	28 (9,8)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,63 (0,92-2,88)	0,092	No entró al modelo	
Lugar de trabajo						
Hospital Amazónico	228 (87,4)	33 (12,6)	Categoría de comparación		No entró al modelo	
CS 9 de octubre	76 (95,0)	4 (5,0)	0,40 (0,14-1,10)	0,077	No entró al modelo	
Ocupación						
Médico	81 (90,0)	9 (10,0)	Categoría de comparación		Categoría de comparación	
Enfermera(o)	89 (90,8)	9 (9,2)	0,92 (0,55-1,52)	0,741	0,89 (0,55-1,43) 0,620	
Obstetra	54 (93,1)	4 (6,9)	0,69 (0,25-1,89)	0,469	0,23 (0,05-1,12) 0,069	
Técnico en enfermería	80 (84,2)	15 (15,8)	1,59 (1,11-2,29)	0,012	1,80 (1,60-2,03) <0,001	
Estudios de post grado						

No	189 (90,9)	19 (9,1)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	115 (86,5)	18 (13,5)	1,49 (0,74-3,02) 0,264	No entró al modelo
Servicio				
Emergencia	78 (86,7)	12 (13,3)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	28 (87,5)	4 (12,5)	0,97 (0,64-1,47) 0,878	0,99 (0,57-1,74) 0,977
Gineco-obstetricia	66 (84,6)	12 (15,4)	1,15 (0,50-2,64) 0,735	2,85 (2,19-3,69) <0,001
Medicina	52 (94,5)	3 (5,5)	0,41 (0,07-2,43) 0,325	0,41 (0,07-2,33) 0,312
Pediatría	41 (93,2)	3 (6,8)	0,51 (0,08-3,29) 0,480	0,51 (0,08-3,36) 0,480
UCI	39 (92,9)	3 (7,1)	0,54 (0,31-0,94) 0,028	0,65 (0,33-1,29) 0,219
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	7 (3-10)	1,01 (0,97-1,05) 0,580	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,10 (0,91-1,33) 0,303	No entró al modelo
Colegas enfermos	11 (8-22)	14 (7-20)	1,00 (0,99-1,01) 0,843	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-3)	2 (0-6)	1,03 (0,99-1,07) 0,104	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico).

CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

Fuente: Datos de la presente investigación.

Al analizar los factores asociados al padecer de estrés moderado o severo, se encontró que hubo más frecuencia entre los técnicos de enfermería (RPa: 1,80; IC95%: 1,60-2,03; valor $p < 0,001$) y en el área de gineco – obstetricia (RPa: 2,85; IC95%: 2,19-3,69; valor $p < 0,001$), pero menos entre los casados o convivientes (RPa: 0,55; IC95%: 0,33-0,93; valor $p = 0,025$). **Tabla 7.**

Tabla 8. Factores asociados al padecer de estrés post traumático (EPT) en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022

Variable	Con EPT		Análisis crudo		Análisis ajustado	
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%)	Valor p	RPa (IC95%)	Valor p
Sexo						
Masculino	112 (90,3)	12 (9,7)	Categoría de comparación		Categoría de comparación	
Femenino	185 (89,4)	22 (10,6)	1,10 (1,00-1,22)	0,048	0,85 (0,54-1,33)	0,466
Edad*	32 (38-47)	42 (32-52)	1,02 (0,99-1,04)	0,082	No entró al modelo	
Estado civil						

Soltero, divorciado o viudo	178 (90,4)	19 (9,6)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Casado o conviviente	119 (88,8)	15 (11,2)	1,15 (0,59-2,24) 0,672	No entró al modelo
Hábitos nocivos				
No	244 (90,0)	27 (10,0)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	53 (88,3)	7 (11,7)	1,17 (0,42-3,24) 0,768	No entró al modelo
Enfermedades previas				
No	250 (90,9)	25 (9,1)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,76 (1,50-2,06) <0,001	1,72 (1,27-2,32) <0,001
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico	225 (88,9)	28 (11,1)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	72 (92,3)	6 (7,7)	0,69 (0,25-1,92) 0,480	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	84 (94,4)	5 (5,6)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Enfermera(o)	87 (91,6)	8 (8,4)	1,50 (1,23-1,82) <0,001	1,40 (1,05-1,85) 0,020
Obstetra	47 (85,5)	8 (14,5)	2,59 (0,61-11,02) 0,198	2,44 (0,53-11,23) 0,253
Técnico en enfermería	79 (85,9)	13 (14,1)	2,54 (1,10-5,89) 0,029	2,97 (1,19-7,43) 0,020
Estudios de post grado				
No	182 (90,1)	20 (9,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	115 (89,1)	14 (10,9)	1,10 (0,86-1,41) 0,427	No entró al modelo
Servicio				
Emergencia	76 (87,4)	11 (12,6)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	29 (90,6)	3 (9,4)	0,77 (0,61-0,96) 0,023	0,83 (0,72-0,95) 0,007
Gineco-obstetricia	63 (86,3)	10 (13,7)	1,08 (0,46-2,54) 0,854	1,14 (0,74-1,77) 0,549
Medicina	49 (92,5)	4 (7,6)	0,60 (0,28-1,28) 0,184	0,56 (0,27-1,19) 0,131
Pediatría	40 (90,9)	4 (9,1)	0,72 (0,33-1,59) 0,414	0,83 (0,39-1,78) 0,634
UCI	40 (95,2)	2 (4,8)	0,38 (0,25-0,56) <0,001	0,40 (0,27-0,59) <0,001
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	6 (3-10)	5 (1-9)	0,96 (0,90-1,02) 0,208	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	0,99 (0,84-1,16) 0,904	No entró al modelo
Colegas enfermos	12 (8-23)	10 (7-20)	0,99 (0,99-1,00) 0,073	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-4)	2 (0-4)	1,04 (1,01-1,07) 0,009	1,05 (1,05-1,06) <0,001

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico).

CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

Fuente: Datos de la presente investigación.

Al analizar los factores asociados al padecer de estrés post traumático se encontró que hubo más prevalencia de esta patología entre los que tenían enfermedades previas (RPa: 1,72; IC95%: 1,27-2,32; valor $p < 0,001$), entre los enfermeros (RPa: 1,40; IC95%: 1,05-1,85; valor $p = 0,020$), entre los técnicos de enfermería (RPa: 2,97; IC95%: 1,19-7,43; valor $p = 0,020$) y según el tener más colegas que habían fallecido por COVID-19 (RPa: 1,05; IC95%: 1,05-1,06; valor $p < 0,001$), por el contrario, hubo menos estrés post traumático en los servicios de cirugía (RPa: 0,83; IC95%: 0,72-0,95; valor $p = 0,007$) y en la unidad de cuidados intensivos (RPa: 0,40; IC95%: 0,27-0,59, valor $p < 0,001$). **Tabla 8.**

Tabla 9. Factores asociados al padecer de Burnout en el personal de salud durante el COVID-19, Ucayali 2022.

Variable	Con Burnout		Análisis crudo
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%) Valor p
Sexo			
Masculino	119 (93,7)	8 (6,3)	Categoría de comparación 0,89 (0,23-3,54) 0,874
Femenino	202 (94,4)	12 (5,6)	
Edad*	38 (32-48)	38 (35-51)	1,01 (0,98-1,04) 0,512
Estado civil			
Soltero, divorciado o viudo	188 (93,1)	14 (6,9)	Categoría de comparación 0,62 (0,31-1,24) 0,176
Casado o conviviente	133 (95,7)	6 (4,3)	
Hábitos nocivos			
No	264 (94,6)	15 (5,4)	Categoría de comparación 1,49 (0,50-4,50) 0,474
Si	57 (91,9)	5 (8,1)	
Enfermedades previas			
No	268 (94,0)	17 (6,0)	Categoría de comparación 0,89 (0,39-2,07) 0,769
Si	53 (94,6)	3 (5,4)	
Lugar de trabajo			
Hospital Amazónico	244 (93,5)	17 (6,5)	Categoría de comparación 0,57 (0,22-1,52) 0,263
CS 9 de octubre	77 (96,2)	3 (3,8)	
Ocupación			
Médico	84 (93,3)	6 (6,7)	Categoría de comparación

Enfermera(o)	92 (93,9)	6 (6,1)	0,92 (0,48-1,75) 0,795
Obstetra	55 (94,8)	3 (5,2)	0,78 (0,13-4,77) 0,784
Técnico en enfermería	90 (94,7)	5 (5,3)	0,80 (0,49-1,29) 0,358
Estudios de post grado			
No	196 (94,2)	12 (5,8)	Categoría de comparación
Si	125 (94,0)	8 (6,0)	1,05 (0,77-1,43) 0,755
Servicio			
Emergencia	86 (95,6)	4 (4,4)	Categoría de comparación
Cirugía	29 (90,6)	3 (9,4)	2,18 (0,56-8,43) 0,260
Gineco-obstetricia	75 (96,1)	3 (3,9)	0,87 (0,15-5,13) 0,874
Medicina	53 (96,4)	2 (3,6)	0,82 (0,17-3,98) 0,804
Pediatría	39 (88,6)	5 (11,4)	2,56 (1,18-5,52) 0,017
UCI	39 (92,9)	3 (7,1)	1,61 (0,27-9,57) 0,602
Durante la pandemia*			
Familiares enfermos	5 (3-10)	7 (3-9)	1,03 (0,93-1,13) 0,598
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,03 (0,64-1,64) 0,904
Colegas enfermos	11 (8-23)	16 (9-20)	0,99 (0,98-1,02) 0,886
Colegas fallecidos	2 (0-4)	2 (0-4)	0,95 (0,90-1,02) 0,147

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico).

CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

Fuente: Datos de la presente investigación.

Al analizar los factores asociados al padecer de síndrome de Burnout se encontró que solo se halló asociación en el modelo bivariado con una mayor prevalencia de Burnout en el servicio de pediatría (RPc: 2,56; IC95%: 1,18-5,52; valor p=0,017). **Tabla 9.**

1.19. DISCUSIÓN.

En el presente estudio realizado, se pudo identificar que el estado de salud mental del personal de salud fue afectado por la pandemia COVID – 19. Entre las características sociodemográficas de interés para la investigación, se observa que, de un total de 341 encuestados, el 62.8% son mujeres, siendo la edad de prevalencia los 38 años, de ellos, el 28.7% del personal de salud son enfermeros (as), el 27.9% son técnicos de enfermería, el 26.4% son médicos y el 17% son obstetras. Entre los participantes, el 13.2% presentaron niveles moderados a extremadamente severos de depresión, el 45.45% reportaron niveles moderados y extremadamente severos de ansiedad, mientras que el 10.86% presentaron niveles moderados y extremadamente severos de estrés, estos resultados suelen ser mayores a comparación del estudio realizado por Guo J. et. al en China, con una población encuestada de 11118 personas, donde se observó que el 13.47% de ellos presentaron niveles medios y altos de depresión y el 4.98% niveles altos de ansiedad, el motivo de la diferencia con nuestro medio radica que en China se brindó una adecuada atención de salud mental en los trabajadores que laboraban en primera línea y además, y sumado a ello, este estudio se realizó en hospitales de mayor complejidad(42), por otra parte, también existe diferencia significativa en un estudio realizado en nuestro medio, por Espinoza-Ascurra G, et. al en la región de Piura durante la pandemia COVID – 19, encuestando a 136 participantes de hospitales de primer y segundo nivel de complejidad, en donde se obtuvo que el 8.8% de ellos presentaron niveles medios y altos de depresión.(59).

Dentro de los resultados obtenidos se observó que la depresión tuvo mayor frecuencia en las mujeres (RPa: 1,71; IC95%: 1,29-2,26; valor $p < 0,001$), esto se relaciona con un estudio realizado por Ettman CK, et. al en Estados Unidos, donde las mujeres presentaban mayores probabilidades de desarrollar depresión durante la pandemia a comparación de los hombres(90), esta diferencia entre ambos géneros es debido a que las mujeres enfrentan de una manera diferente los factores estresante a diferencia de los hombres y algunos de los factores asociado a ello es su biología, el apoyo social, la crianza de los hijos en relación al trabajo y las mayores responsabilidades domésticas y con la familia(91,92).

Además, se encontró más depresión (RPa: 1,19; IC95%: 1,04-1,36; valor $p=0,012$ y estrés (RPa: 2,85; IC95%: 2,19-3,69; valor $p<0,001$) en el área de Gineco – obstetricia, lo anterior se explica por la relación que existe entre los servicios que tienen mayor relación de flujo de pacientes lo cual se asocia a mayor alteración en la salud mental(93).

No obstante, dentro de la investigación se obtuvo que entre mayor edad hay menor depresión (RPa: 0,98; IC95%: 0,97-0,99; valor $p=0,018$), relacionado por estudio realizado por Huang Y y Zhao N en China donde la población mayor (> 35 años) tenía menos probabilidad de desarrollar depresión a comparación de los participantes más jóvenes (<35 años)(94), esto se relacionaba a que la población más joven tenía mayor acceso a la tecnología como los aplicativos móviles, las redes sociales y a los medios de comunicación(42,95). Por otro lado, las siguientes áreas presentaron menor ansiedad y depresión: cirugía (RPa: 0,65; IC95%: 0,44-0,95; valor $p=0,028$) (RPa: 0,49; IC95%: 0,42-0,57; valor $p<0,001$), medicina (RPa: 0,35; IC95%: 0,29-0,42; valor $p<0,001$) (RPa: 0,58; IC95%: 0,48-0,69; valor $p<0,001$) y pediatría (RPa: 0,32; IC95%: 0,11-0,91; valor $p=0,033$) (RPa: 0,79; IC95%: 0,67-0,92; valor $p=0,003$), respectivamente. Estos resultados difieren con los estudios realizados en Colombia, Venezuela y Paraguay donde se encontró mayor asociación de la alteración de la salud mental como la ansiedad y depresión en las áreas de Hospitalización, sobre todo en medicina interna y áreas quirúrgicas, esto puede deberse a la mayor demanda de pacientes y el contacto directo con pacientes con sospecha de COVID – 19 pues ello significaría una mayor carga laboral además de desarrollar trastornos mentales debido al entorno expuesto y a los escasos niveles de bioseguridad (93,96,97)

Algunos resultados más obtenidos en el estudio fue que se vio una mayor asociación de ansiedad con el personal de salud que tenía estudios post grado (RPa: 1,19; IC95%: 1,08-1,31; valor $p=0,001$), similar al resultado obtenido por Pazmiño Erazo EE, et. al en un estudio realizado a 1028 personal de salud en Ecuador, donde se encontró mayor relación de tener post grado con la depresión y ansiedad, posiblemente sea consecuencia de la carga laboral y horaria de cada servicio y especialidad(98); sin embargo, en España, se analizó a 1422

trabajadores y dentro de sus variables aquellos que poseían estudios de post grado significaba un factor protector para sufrir de ansiedad o estrés post traumático(46). Por otra parte, se observó que poseer familiares fallecidos también fue uno de los factores que predisponen a desarrollar ansiedad (RPa: 1,06; IC95%: 1,01-1,12; valor $p=0,029$), de manera similar en un estudio realizado por Ambrosio, et al. en Perú, donde se observó una relación directa de ansiedad moderada a severa en aquellos que habían tenido algún familiar fallecido(99), esto quizás es debido por haber sido testigos directos del sufrimiento de sus familiares y el ambiente de muerte.

Otro hallazgo significativo fue que los niveles de estrés y estrés post traumático fueron mayores en el personal técnico (RPa: 1,80; IC95%: 1,60-2,03; valor $p<0,001$) (RPa: 2,97; IC95%: 1,19-7,43; valor $p=0,020$), respectivamente, estudios realizados en China y España muestran que los trabajadores de salud con título técnico o de nivel inferior muestran más síntomas de estrés post traumático y otros trastornos mentales más asociados, esto puede ser debido a que ellos poseen mayor responsabilidad laboral, una mayor exposición directa con el paciente y una menor capacidad de decisión(46,100).

Sin embargo, también se pudo encontrar que el tener menor estrés estaba asociado con el estado civil de estar casado o ser conviviente (RPa: 0,55; IC95%: 0,33-0,93; valor $p=0,025$), se relaciona con el estudio realizado por Lucas Hernández A, et. al en México en un total de 537 trabajadores de salud, donde se encontró mayor relación de estrés con el estar soltero a comparación de aquellos que eran casados o convivientes(101), tal vez esto se deba por el hecho de tener una pareja estable o el no vivir solo.

Con relación al estrés post traumático, se encontró mayor relación con aquellos trabajadores que tenían enfermedades previas (ejem. Obesidad, diabetes, hipertensión arterial, cáncer) (RPa: 1,72; IC95%: 1,27-2,32; valor $p<0,001$), una investigación en 404 trabajadores sanitarios realizado por Alshehri AS, et. al en Arabia Saudita encontraron mayor relación de EPT con aquellos que tenían enfermedades crónicas sobre todo con enfermedades como la obesidad y la diabetes(47), probablemente esto sea debido a que ellos sentían tener más factores de riesgo sobreañadidos para las complicaciones graves en la infección

COVID – 19. El tener colegas fallecidos por COVID – 19 (RPa: 1,05; IC95%: 1,05-1,06; valor $p < 0,001$) y ser personal de enfermería (RPa: 1,40; IC95%: 1,05-1,85; valor $p = 0,020$) tenía estrecha relación con EPT, los cuales coinciden con un estudio realizado por Blanco-Daza M, et. al en España donde encontró estrecha relación de padecer EPT en el personal de enfermería y el hecho de tener personas cercanas como colegas, familiares y amigos fallecidos por COVID -19(50), el ser enfermera y desarrollar EPT puede deberse por la percepción de riesgo al estar en constante relación con pacientes COVID para su tratamiento, el de contagiar a su familia, el ambiente laboral y el tener colegas enfermos o fallecidos.

Durante el estudio se obtuvo menor relación de EPT en las áreas de UCI (RPa: 0,40; IC95%: 0,27-0,59, valor $p < 0,001$) y quirúrgicas (RPa: 0,83; IC95%: 0,72-0,95; valor $p = 0,007$), esto difiere con lo propuesto en la investigación de Lazar AE, et. al realizado en Rumanía, donde el personal que laboraba en las áreas UCI tenían más relación de EPT(48).

Por último, al analizar el síndrome de Burnout (SB), se encontró mayor prevalencia en el área pediátrica (RPc: 2,56; IC95%: 1,18-5,52; valor $p = 0,017$), Calderón et. al en su estudio realizado en un grupo del personal de salud Ecuatoria, encontró mayor afinidad del SB en el área pediátrica el cual estuvo ligada por la carga laboral y las horas de trabajo (102).

Como limitaciones principales se tuvo el sesgo de selección y el de información, el primer sesgo se disminuyó con un adecuado cálculo del tamaño muestral, encuestado a más personas de las que se requerían (para incrementar la potencia estadística) y entrevistando en persona. Para disminuir el segundo sesgo se usó encuestas validadas previamente y muy usadas a nivel mundial, se estuvo presente ante cada encuestado para absolver sus dudas y con el piloto previo se vio que las fichas se comprendían adecuadamente. Como se puede observar, se tuvieron algunas limitaciones, pero al mismo tiempo se realizaron acciones para que dichas limitaciones no interfieran en gran forma en los resultados u otras partes de la investigación. Es por eso que los resultados aún se pueden tomar en cuenta.

CONCLUSIONES

- Los factores asociados para desarrollar depresión se relacionaron con ser del sexo femenino y trabajar en el área de gineco-obstetricia; sin embargo, se observó que un factor protector para desarrollar menos depresión fue el tener más edad y pertenecer a las áreas de cirugía, medicina y pediatría.
- Los factores asociados para desarrollar ansiedad se relacionaron con tener estudios de post grado, así como también el tener familiares fallecidos por COVID - 19; sin embargo, se observó que un factor protector para desarrollar menos ansiedad fueron trabajar en las áreas de cirugía, medicina y pediatría.
- En el presente estudio se observó que los factores asociados para desarrollar estrés estaban relacionados con ser técnico de enfermería y trabajar en el área de gineco-obstetricia; sin embargo, se observó que un factor protector para desarrollar menos estrés fue el estar casado o ser conviviente.
- Los resultados obtenidos muestran que el personal de salud sufrió de estrés post traumático, teniendo una mayor prevalencia en aquellos que tenían enfermedades crónicas previas, enfermeras, técnicos de enfermería y en aquellos que tenían colegas fallecidos; sin embargo, tuvo menor prevalencia en el personal que labora en las áreas de cuidados intensivos y de cirugía.
- Se observó que el área de pediatría presentó Síndrome de Burnout, sin embargo, no se encontró asociación alguna con las demás variables.

RECOMENDACIONES

- Realizar más trabajos de investigación ligado a la salud mental en el personal de salud, ya que estos temas suelen ser poco estudiados en nuestro medio.
- Las autoridades sanitarias de cada establecimiento de salud deben identificar las necesidades psicológicas de cada personal de salud, así como también proporcionar ayuda psicológica y una adecuada información sobre salud mental.
- Fomentar el auto – cuidado tanto físico como psicológico en el personal de salud.
- Que las autoridades de los establecimientos de salud mediante programas o apoyos organizacionales fomenten el apoyo emocional en los trabajadores.
- Fomentar adecuados manejos de depresión, estrés y ansiedad en el personal de salud.
- Fomentar espacios de comunicación abierta en donde se ayude a abordar los problemas y así evitar el acumulo de estrés en el personal de salud.
- Establecer un programa de salud mental post COVID – 19 dirigido a todo el personal de salud en los diversos establecimientos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Elkholy H, Tawfik F, Ibrahim I, Salah El-din W, Sabry M, Mohammed S, et al. Salud mental de los trabajadores sanitarios de primera línea expuestos al COVID-19 en Egipto: un llamado a la acción. *Int J Soc Psychiatry*. 24 de septiembre de 2020;0020764020960192.
3. Vista de Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/17075/16260>
4. Lozano-Vargas A, Lozano-Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2021;84(1):1-2.
5. La salud mental en el lugar de trabajo: orientaciones a nivel mundial [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>
6. Guzmán Figueroa CG. Evaluación de depresión, ansiedad y estrés durante Covid-19 en el personal que realiza teletrabajo en el grupo empresarial Aulestia Auz, en las unidades de negocios Edukasa, Conseseg, Directorio, mediante la evaluación DASS 21 y sugerencia de intervención en función de sus resultados [Internet] [masterThesis]. Universidad del Azuay; 2022 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12155>
7. WHO [Internet]. World Health Organization; [citado 30 de mayo de 2021]. OMS | Enfermedades cubiertas por el Grupo Alerta y Respuesta Mundiales. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/es/>
8. La influenza viral: un problema de salud pública. *Salud Pública México*. junio de 2006;48:181-181.
9. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
10. de Wilde AH, Snijder EJ, Kikkert M, van Hemert MJ. Host Factors in Coronavirus Replication. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2018;419:1-42.

11. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
12. Mrklas K, Shalaby R, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Health* [Internet]. 25 de septiembre de 2020 [citado 11 de mayo de 2021];7(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7527165/>
13. Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental Symptoms in Different Health Professionals During the SARS Attack: A Follow-up Study. *Psychiatr Q*. 27 de febrero de 2009;80(2):107.
14. Paladino L, Sharpe RP, Galwankar SC, Sholevar F, Marchionni C, Papadimos TJ, et al. Reflections on the Ebola Public Health Emergency of International Concern, Part 2: The Unseen Epidemic of Posttraumatic Stress among Health-care Personnel and Survivors of the 2014–2016 Ebola Outbreak. *J Glob Infect Dis*. 2017;9(2):45-50.
15. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. marzo de 2016;14(1):7-14.
16. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*. 5 de mayo de 2020;369:m1642.
17. Ashour HM, Elkhatib WF, Rahman MdM, Elshabrawy HA. Insights into the Recent 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) in Light of Past Human Coronavirus Outbreaks. *Pathogens*. 4 de marzo de 2020;9(3):186.
18. Paladino L, Sharpe RP, Galwankar SC, Sholevar F, Marchionni C, Papadimos TJ, et al. Reflections on the Ebola Public Health Emergency of International Concern, Part 2: The Unseen Epidemic of Posttraumatic Stress among Health-care Personnel and Survivors of the 2014–2016 Ebola Outbreak. *J Glob Infect Dis*. 2017;9(2):45-50.
19. Feldmann H, Jones S, Klenk HD, Schnittler HJ. Ebola virus: from discovery to vaccine. *Nat Rev Immunol*. agosto de 2003;3(8):677-85.
20. Resolución Ministerial N° 145-2020-MINSA [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466077-145-2020-minsa>
21. LR R. Coronavirus en Perú: joven de 25 años que regresó de Europa es el primer infectado [VIDEO] [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/03/06/coronavirus-en->

peru-quien-es-el-primer-caso-de-covid19-y-en-que-hospital-del-minsa-fue-detectado-martin-vizcarra-video/

22. France 24 [Internet]. 2021 [citado 16 de marzo de 2022]. Especial noticias - El 2020 y la irrupción de una pandemia que cambió el mundo. Disponible en: <https://www.france24.com/es/programas/especial-noticias/20210104-resumen-2020-a%C3%B1o-pandemia-covid19-crisis-sanitaria>
23. Coronavirus Perú: en decreto supremo gobierno declara Estado de emergencia por 15 días | Martín Vizcarra | Política | La República [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://larepublica.pe/politica/2020/03/16/coronavirus-peru-martin-vizcarra-declara-estado-de-emergencia-nacional-por-30-dias/>
24. Coronavirus en Perú | Perú alcanza el nivel más alto de casos positivos sobre pruebas realizadas de COVID-19 | Sociedad | La República [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/03/15/coronavirus-en-peru-peru-alcanza-el-nivel-mas-alto-de-casos-positivos-sobre-pruebas-realizadas-de-covid-19/>
25. ¿Qué es exactamente una ola de coronavirus? Así la define la directora nacional de Salud Pública - CMMedia [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cmmedia.es/noticias/espana/que-es-exactamente-una-ola-de-coronavirus-asi-la-define-la-directora-nacional-de-salud-publica/>
26. Coronavirus en Perú: Ucayali, la última región a donde llegó el COVID-19 | Peru | El Comercio Perú [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-ucayali-la-ultima-region-a-donde-llego-el-covid-19-noticia/>
27. Google Noticias [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Coronavirus (COVID-19) - Google Noticias. Disponible en: <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&gl=PE&ceid=PE:es-419>
28. : REUNIS :. Repositorio Único Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp
29. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clínica Esp. 1 de enero de 2021;221(1):55-61.
30. Hernández Rodríguez J, Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica. septiembre de 2020;24(3):578-94.
31. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. J Clin Nurs. 18 de mayo de 2020;10.1111/jocn.15314.

32. 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.* 11 de abril de 2020;83(1):51-6.
33. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 1 de marzo de 2020;7(3):e14.
34. Juárez García A, Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev Univ Ind Santander Salud.* diciembre de 2020;52(4):432-9.
35. Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic | SciELO Preprints [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>
36. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 14 de marzo de 2020;395(10227):912-20.
37. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin Engl Ed.* 7 de mayo de 2021;156(9):449-58.
38. Preguntas más frecuentes [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
39. Rondon M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 1 de octubre de 2006;23.
40. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/>
41. 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.* 2 de marzo de 2020;3(3):e203976.
42. Guo J, Liao L, Wang B, Li X, Guo L, Tong Z, et al. Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *SSRN Electron J [Internet].* 2020 [citado 20 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.ssrn.com/abstract=3550050>
43. Gilleen J, Santaolalla A, Valdearenas L, Salice C, Fusté M. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of UK healthcare workers. *BJPsych Open.* 29 de abril de 2021;7(3):e88.

44. Urgilés S. Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito. agosto de 2020 [citado 16 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3970>
45. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinueza-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. SciELO Preprints; 2020 [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>
46. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2020;17(15):5514.
47. Alshehri AS, Alghamdi AH. Post-traumatic Stress Disorder Among Healthcare Workers Diagnosed With COVID-19 in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, 2020 to 2021. *Cureus*. 13(8):e17371.
48. Lazar AE, Szederjesi J, Coman O, Elekes A, Suciaghi M, Grigorescu BL. Survey on Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Personnel during the COVID-19 Pandemic in a Medically Under-Resourced Country. *Healthcare*. julio de 2022;10(7):1160.
49. Hendriksen PA, Kiani P, Merlo A, Karadayian A, Czerniczyniec A, Lores-Arnaiz S, et al. El estudio COLIBAS: efectos del confinamiento por la COVID-19 en el estado de ánimo, el funcionamiento académico, el consumo de alcohol y la aptitud inmunitaria percibida: datos de estudiantes de la Universidad de Buenos Aires [Internet]. [citado 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/data7090131>
50. Blanco-Daza M, de la Vieja-Soriano M, Macip-Belmonte S, Tercero-Cano M del C. Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enferm Clínica*. 1 de marzo de 2022;32(2):92-102.
51. Huaman DB, Canales BDB, Villar FLQ. Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 3 de abril de 2021 [citado 16 de marzo de 2022];37(0). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1481>
52. Becerra-Canales B, Ybaseta-Medina J. Salud autopercebida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de COVID-19. *Rev Médica Panacea*. 28 de agosto de 2020;9(2):113-7.
53. 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 Lima En Línea*. 17 de octubre de 2020;9(3):50-60.

54. Sanchez Cueva GM. Impacto de la pandemia covid-19 en el nivel de ansiedad, depresión y estrés de los obstetras del hospital “José hernán soto cadenillas” – chota, 2020. Univ Nac Cajamarca Repos Inst - UNC [Internet]. 12 de agosto de 2021 [citado 18 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4305>
55. Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez RA, Obando Zegarra M, Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, et al. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index Enferm.* diciembre de 2020;29(4):225-9.
56. Castro Alejos KO. Relación entre síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud del área de emergencia no COVID-19. Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2021 [citado 18 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5380>
57. Castellanos Delgado JM. Grado del síndrome de Burnout y la asociación con las características del personal de los centros de atención de la Dirección Regional de Salud Lima Norte, durante la pandemia de Covid-19. Abril- junio 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado 17 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5590>
58. Medrano Agama WM. Relación entre Síndrome De Burnout y características sociodemográficas del personal de la Unidad De Cuidados Intensivos En 2 Hospitales Del Perú durante el período 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2021 [citado 18 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5511>
59. Espinoza-Ascurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez-Marón M, Cabrera R. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 15 de diciembre de 2021 [citado 20 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001797>
60. Reyes-Tejada AL, Gonzales-Huaman KS, Leon-Nina EC, Murga-Cabrera AE, Carrasco -Altamirano JA, Mejia CR. Presentación aguda del estrés postraumático por la COVID-19. *Rev Cuba Med Mil.* 30 de abril de 2022;51(2):02201718.
61. Valera Hidalgo JA. Salud mental en contexto de pandemia por covid-19 en el personal de salud del hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali, 2021. Univ Nac Ucayali [Internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5195>
62. Quiroz Carrillo CG, Pareja Cruz A, Valencia Ayala E, Enriquez Valencia YP, De Leon Delgado J, Aguilar Ramirez P, et al. Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad: COVID-19. *Horiz Méd Lima* [Internet]. abril de 2020 [citado 30 de marzo de 2022];20(2). Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

63. Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (2019-nCoV) (5 febrero 2020) [Internet]. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/419>
64. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* mayo de 2020;20(5):547-8.
65. Salud mental: MedlinePlus en español [Internet]. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
66. Castro MR. La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso. BibliotecaOnline SL; 2015. 213 p.
67. Trastornos de depresión y ansiedad se dispararon durante la pandemia - Gobierno del Perú [Internet]. [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionhuancavelica/noticias/604739-trastornos-de-depresion-y-ansiedad-se-dispararon-durante-la-pandemia>
68. Criterios diagnósticos. DSM-IV [Internet]. [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/dsm_iv.htm#Trastornos%20de%20ansiedad
69. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 24 de septiembre de 2020;37(2):327-34.
70. Fernando L. Vázquez, Ricardo F. Muñoz, Elisardo Becoña. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX [Internet]. [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:cRMQdKkOca&J:scholar.google.com/+que+es+la+depresion,+diagnostico&hl=es&as_sdt=0,5
71. Afecciones mentales: Depresión y Ansiedad | Enfermedades | Consejos de exfumadores | CDC [Internet]. [citado 16 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-afecciones-mentales-depresion-ansiedad.html>
72. Alfredo Fierro. Estrés, afrontamiento y adaptación [Internet]. [citado 17 de junio de 2022]. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:XAwNg6lbfgsJ:scholar.google.com/+estres+que+es&hl=es&as_sdt=0,5
73. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* noviembre de 2002;40:8-19.
74. Minsa alerta que el 52.2% de limeños sufre de estrés provocado por el covid-19 [Internet]. [citado 17 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://elperuano.pe/noticia/122420-minsa-alerta-que-el-522-de-limenos-sufre-de-estres-provocado-por-el-covid-19>

75. Fernández SIM, Valdespino DM, Palacios RO, Guerrero OS, Acevedo JAE. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica México*. 29 de junio de 2020;41(4S1):127-36.
76. Docer.com.ar [Internet]. [citado 17 de junio de 2022]. Etiología y prevención de Burnout - pdf Docer.com.ar. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/es1x1v>
77. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad Rev Comun*. 15 de septiembre de 2010;42-80.
78. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica*. marzo de 2015;32(1):119-24.
79. Síndrome de burnout [Internet]. [citado 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13668>
80. Juárez García A, Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev Univ Ind Santander Salud*. diciembre de 2020;52(4):432-9.
81. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) [Internet]. [citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>
82. Antúñez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicológica*. diciembre de 2012;30(3):49-55.
83. Vista de Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1796/2008>
84. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152886/>
85. Bianchi ML, Araneda A. Prevalencia y sintomatología del estrés post traumático en personas que experimentan un terremoto y un tsunami. *Salud Soc*. 2013;4(2):146-55.
86. PArapa P por. ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) [Internet]. [citado 8 de julio de 2022]. Disponible en:

<http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnout-inventory-mbi.html>

87. Vásquez-Manrique JF, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Rev Neuro-Psiquiatr.* julio de 2014;77(3):168-74.
88. J.M. Argimon, J. Jiménez Villa. Métodos de investigación clínica y epidemiología. *Gac Sanit.* noviembre de 2013;27(6):570.
89. 2. Hernandez, Fernandez y Baptista-Metodología Investigación Científica 6ta ed.pdf [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
90. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2 de septiembre de 2020;3(9):e2019686.
91. Street AE, Dardis CM. Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev.* 1 de diciembre de 2018;66:97-105.
92. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(6):741-8.
93. Avila IYC, Llanos NT, Gomez AA, Tapias KC, Castro SL. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte.* 2014;30(1):34-43.
94. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* junio de 2020;288:112954.
95. Namcela SDRP, Chiriboga JSL, López IMF, Serrano ACB, Sigüenza AGA. Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *Cienc Al Serv Salud.* 31 de marzo de 2022;13(1):13-25.
96. Chipia Lobo J, Paredes Y. *Revista GICOS.* Volumen 5, Número Especial 2 del 2020. 24 de noviembre de 2020;5:1-172.
97. Chávez L, Marcet G, Ramírez E, Acosta L, Samudio M, Chávez L, et al. Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Rev Salud Publica Parag.* junio de 2021;11(1):74-9.

98. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de julio de 2021;50(3):166-75.
99. Ambrosio F, Torres G, Rivera L, Rodríguez-Alarcon J, Mejía C. Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Bol Malariol Salud Ambient.* 1 de enero de 2021;61:97-105.
100. Wang Y, Ma S, Yang C, Cai Z, Hu S, Zhang B, et al. Acute psychological effects of Coronavirus Disease 2019 outbreak among healthcare workers in China: a cross-sectional study. *Transl Psychiatry.* 13 de octubre de 2020;10(1):1-10.
101. Lucas Hernández A, González-Rodríguez V, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, et al. Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* 8 de septiembre de 2022;60:556-62.
102. Calderón SAA, Navas JHC, Dávila PFE. Prevalencia y factores asociados del síndrome de burnout en el personal de salud que labora en pediatría y neonatología: Un estudio observacional de centro único. *Rev Ecuat Pediatría.* 28 de abril de 2023;24(1):70-8.

ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL. ¿Cuáles son los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p> <p>ESPECÍFICOS.</p> <p>a. ¿Cuál es el nivel de depresión del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p> <p>b. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p> <p>c. ¿Cuál es el nivel de estrés del personal de salud</p>	<p>GENERAL. Conocer los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.</p> <p>ESPECÍFICOS.</p> <p>a. Identificar el nivel de depresión del personal de salud durante la primera ola del COVID – 19, Ucayali - 2022.</p> <p>b. Identificar el nivel de ansiedad del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.</p>	<p>H0: No existen factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali - 2022</p> <p>H1: Existen factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud durante la pandemia COVID - 19, Ucayali - 2022</p>	<p>Variable categórica o cualitativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOMINAL: <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Estado civil. - Lugar de trabajo. - Ocupación laboral. - Departamento o servicio. - Tipo de contrato. - Apoyo psicólogo y/o psiquiátrico. - Hábitos nocivos. - Antecedentes de enfermedades. - Lugar de residencia • ORDINAL: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de depresión. - Nivel de ansiedad. - Nivel de estrés. - Nivel de Burnout. - Estrés post – traumático. - Grado académico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método de investigación. Observacional, analítico, correlacional, transversal, no experimental. • Nivel de investigación Nivel correlacional. • Tipo de estudio Cuantitativo, transversal, observacional, analítico y correlacional. • Diseño No experimental, transversal. • Población Estuvo conformada por el personal de salud de los dos establecimientos, de I y II nivel: Hospital Amazónico de Yarinacocha y Centro de Salud 9 de octubre. • Muestra 341 participantes. • Técnicas e instrumentos Se aplicará un cuestionario auto aplicado en donde abarca: <ul style="list-style-type: none"> - Características sociodemográficas. - Escala DASS – 21 - Escala breve para diagnosticar estrés post traumático.

<p>durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p>	<p>c. Identificar el nivel de estrés del personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.</p>	<p>Variable numérica o cuantitativa.</p>	<p>- Cuestionario Maslach MBI – HSS</p>
<p>d. ¿Existe estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p>	<p>d. Identificar si existe estrés post traumático en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DISCRETA: - Número de hijos. - Años de servicio en la ocupación actual. - Horas de trabajo diario. - Número de familiares enfermos por COVID – 19. - Número de familiares fallecidos por COVID – 19. - Número de colegas enfermos por COVID – 19. - Número de colegas fallecidos por COVID – 19. - Vacunas contra la COVID - 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento de datos <p>Primero se generó una tabla que describiría las características más importantes de la población encuestada, para esto se usó las frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables categóricas, así mismo, luego se procedió a describir las variables cuantitativas, en donde se encontró que tenían un comportamiento no normal (esto con la prueba estadística Shapiro Wilk, por eso se muestran la mediana y rango intercuartílico en todas las tablas). Posteriormente se cruzó las variables dependientes contra todas las variables independientes, para lo cual se obtuvo las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p; todos estos fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen). Para que una variable pase del modelo bivariado al multivariado debía tener un valor $p < 0,05$, ese mismo punto de corte se usó para determinar la significancia estadística.</p>
<p>e. ¿Existe el síndrome de Burnout en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022?</p>	<p>e. Identificar si existe síndrome de Burnout en el personal de salud durante la pandemia COVID – 19, Ucayali - 2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUA: - Edad 	

ANEXO 02. Permisos institucionales.



**GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO**



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Yarinacocha 12 de setiembre del 2022.

CARTA N° 112-2022-GRU-DIRESA-HAYA.

Señorita
MILENA MAYORITH BONILLA GARCIA.
Solicitante
Ciudad.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS.

REF. : SOLICITUD S/N.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo en atención al documento de la referencia, se **Autoriza** el acceso para aplicación de encuestas al personal de salud (Personal, Médico, enfermería, obstetra y técnicos en Enfermería), que laboran en los diferentes departamentos y y/o Servicio, permitiéndole realizar recolección de datos para su proyección de tesis denominado **"FACTORES ASOCIADOS A LOS TRABAJADORES DE LA ESFERA MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**, Adjunto documento de la referencia.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

RWVH/HAYA.
C.c.
Archivo



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO
Méd. Cir. Raúl W. Vásquez Huasasquiche
C.M.P. N° 39111
DIRECTOR EJECUTIVO



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
RED DE SALUD N° 01 CORONEL PORTILLO
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



Pucallpa; 19 de Setiembre del 2022.

OFICIO N° 342- 2022-DRSSU/RSCP/C.S.9DEOCT/PUC.

SEÑORA:
MILENA MAYORITH BONILLA GARCIA
COD. 0002160853

ASUNTO : FACILIDADES PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION

Es grato dirigirme ante usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo manifestarle que usted cuenta con la aceptación y las facilidades del caso para llevar a cabo el proyecto de investigación **"FACTORES ASOCIADOS A LOS TRANSTORNOS DE LA ESFERA MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 UCAYALI-2022"**, el mismo que se ejecuta en este Centro de Salud 09 de Octubre.

Sin otro en particular me suscribo de usted no sin antes darle muestras de mi sincera consideración y estima personal.

Atentamente,



RIMD/ASHB
Cc:/Archivo

ANEXO 03. Cuestionario.

“SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD DE LA REGIÓN UCAYALI, 2020 - 2022”

Estimado (a) encuestado (a), la presente encuesta es totalmente anónima por lo que pueden ser respondidas con total confianza y seguridad, el presente estudio se usará con fines netamente académicos y es realizado por un estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali.

I. PRIMERA SECCIÓN: Marque con una (X) la respuesta más adecuada en cada pregunta.

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: _____ (años cumplidos)
3. Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()
4. ¿Cuántos hijos tiene? _____
5. Hábitos nocivos: Fuma () Toma alcohol () Otro (): _____
6. Antecedentes de enfermedades: Diabetes mellitus() HTA () Obesidad () Otro () : _____
7. Lugar de residencia: Callería () Yarinacocha () Manantay () Campo verde () Otro: _____
8. Lugar de trabajo: C.S 9 de Octubre () Hospital Amazónico de Yarinacocha() Otro: _____
9. Ocupación actual: Médico () Enfermera(o) () Obstetra () Técnico en enfermería ()
10. Grado académico: Bachiller() Licenciado/titulado() Maestría() Doctor() Técnico superior ()
11. Servicio/Unidad en la que labora/rota actualmente: Emergencia () Unidad de cuidados intensivos – UCI () Medicina () Gineco – Obstetricia () Pediatría () Cirugía () Otro () _____
12. Años de servicio en la ocupación que tiene actualmente: _____ (años cumplidos)
13. Horas de trabajo al día (en promedio): _____
14. Tipo de contrato: Nombrado () CAS () Locación de servicios() SERUMS () Otro () _____
15. ¿Cuántos familiares enfermaron por COVID – 19 durante la pandemia? _____
16. ¿Cuántos familiares fallecieron por COVID – 19 durante la pandemia? _____
17. ¿Cuántos colegas enfermaron por COVID – 19 durante la pandemia? _____
18. ¿Cuántos colegas fallecieron por COVID – 19 durante la pandemia? _____
19. ¿Recibió apoyo psicológico y/o psiquiátrico **durante** la pandemia COVID-19? Si () No ()
20. ¿Recibió apoyo psicológico y/o psiquiátrico **post** pandemia COVID-19? Si () No ()

II. SEGUNDA SECCIÓN: EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

En la última semana, con qué frecuencia...	Nunca	Poco	Bastante	Mucho
Me costó mucho relajarme				
Me di cuenta que tenía la boca seca				
No podía sentir ningún sentimiento positivo				
Se me hizo difícil respirar				
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
Reaccione exageradamente en ciertas situaciones				
Sentí que mis manos temblaban				
Sentí que tenía muchos nervios				

Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
Sentí que no tenía nada porqué vivir				
Noté que me agitaba				
Se me hizo difícil relajarme				
Me sentí triste y deprimido				
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
Sentí que estaba al punto de pánico				
No me pude entusiasmar por nada				
Sentí que valía muy poco como persona				
Sentí que estaba muy irritable				
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
Tuve miedo sin razón				
Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA

	Nada	Poco	Mucho
¿Cuánto le han molestado los recuerdos no deseados o pesadillas de lo que pasó?			
¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo sucedido o realizar actos que le recuerden lo sucedido?			
¿Hasta qué punto ha perdido el placer por las cosas, se mantiene distante de la gente, o le ha sido difícil experimentar sentimientos a consecuencia de lo sucedido?			
¿Cuánto le han incomodado problemas de sueño, concentración, nerviosismo, irritabilidad o sentirse muy alerta de lo que le rodea a consecuencia de lo sucedido?			
¿Qué tan desanimado o deprimido se ha sentido a consecuencia de lo sucedido?			
¿Considera que su habilidad para manejar otras situaciones o eventos estresantes se ha visto dañada?			
¿Considera que sus reacciones interfieren con el cuidado de su salud física? Por ejemplo, ¿se alimenta poco, no descansa suficiente, fuma más, o se ha dado cuenta que ha incrementado el uso de alcohol y otras sustancias?			
¿Qué tan estresado o incómodo se siente con respecto a sus reacciones?			
¿Qué tanto han interferido sus reacciones con su habilidad para trabajar o llevar a cabo actividades diarias, como labores del hogar o académicas?			
Dadas sus reacciones ¿qué tan afectadas se han visto sus relaciones familiares o de amistad?, ¿que tanto han interferido en sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?			

¿Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su habilidad para vencer problemas que podría enfrentar sin mayor asistencia?			
¿Hay alguna posibilidad de que usted tenga deseos de herirse o suicidarse?			

MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES (MBI-HSS)

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Conteste las frases, indicado la frecuencia con la cual ha sentido:

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
Me siento cansado al final de la jornada	
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	
Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	
Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	
Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	
Trato muy eficazmente los problemas de las personas	
Me siento exhausto por mi trabajo	
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	
Me he vuelto muy insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
Me siento muy activo	
Me siento frustrado en mi trabajo	
Creo que estoy trabajando demasiado	
No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que le doy servicio	
Trabajar directamente con personas me produce estrés	
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
Me siento acabado	
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas	

¿Cuántas vacunas ha recibido contra la COVID - 19? _____

ANEXO 04. Consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUANA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO



FECHA: / /2022
HORA:

Señor(a) personal de salud se le invita a participar del trabajo de investigación de tesis titulado “**FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19, UCAYALI - 2022**”. Este estudio será realizado por la alumna Milena Mayorith Bonilla García, de la facultad de medicina humana de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, conjuntamente con profesionales y personal experto en dicho tema

Este presente trabajo tiene como objetivo determinar el estado de salud mental del personal sanitario durante la primera ola del COVID – 19 en dos hospitales de la región Ucayali. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta a cabalidad la cual le tomará 10 minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es voluntaria, y se le enviará información relevante sobre su diagnóstico (si usted así lo permite) con el objetivo de brindar intervenciones de salud mental para evitar el impacto del COVID-19 durante la primera ola en su calidad de vida, desarrollo profesional y desarrollo personal, por lo que pedimos conteste con veracidad.

Los resultados del estudio servirán para contribuir al desarrollo de evidencia del impacto del COVID-19 en el personal sanitario, siendo un estudio vital para el personal de salud de la ciudad de Pucallpa.

Su privacidad es importante para nosotros y será protegida en todo momento de acuerdo a las leyes peruanas. Toda la información recogida durante el estudio se almacenará y será procesada en suma discreción. La decisión de participar en este estudio es voluntaria, lo que significa que es libre de elegir participar o no del estudio. Usted puede negarse a participar o puede cancelar su participación en cualquier momento.

Yo, estoy de acuerdo en participar en el “**FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19, UCAYALI - 2022**” puesto que ya he sido informada sobre las características de dicho estudio y además es de mi conocimiento que me puedo retirar del estudio en el momento que desee. Por otro lado, el personal investigador declara mantener confidencialidad de la información obtenida.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Firma

ANEXO 05. Certificado de conducta responsable de investigación.

