

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**Percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en
trabajadores de salud del hospital de Chancay
en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú**

PRESENTADO POR LA BACHILLER

Hillary Lizbeth Guillen Vidarte

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Modalidad de obtención : Sustentación de tesis virtual

DIRECTOR

Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD

ASESOR:

Dante Manuel Quiñones Laveriano, MD

**LIMA - PERÚ
2021**

Agradecimiento:

Me gustaría agradecer en estas líneas a Dios, quien siempre será la guía que ilumina mi sendero para continuar obrando con perseverancia y sabiduría.

A mis padres, quienes siempre merecen un reconocimiento muy especial por brindarme todo su cariño e inculcarme sus ejemplos de superación y valentía, siendo los principales promotores de mis sueños. Así mismo, mi hermano, quien en todo momento me ofrece palabras de aliento y me ayuda a no temerle a la adversidad.

De igual manera, mis agradecimientos a la universidad Ricardo Palma, a toda la facultad de medicina, a todos los docentes quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos y valores hicieron que pueda crecer como profesional.

Finalmente, quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi asesor por brindar su apoyo a este trabajo, por otorgarme la confianza suficiente para respetar mis sugerencias y direccionarlas con su paciencia y conocimiento, los cuales ayudaron para la culminación de mi tesis.

Dedicatoria

A mi familia, quienes siempre hacen de mí una persona más fuerte y valiente, capaz de enfrentar cualquier tempestad, que con su amor, paciencia y esfuerzo me ayudan a cumplir mis metas y mis más grandes sueños.

RESUMEN

Introducción: La pandemia del COVID-19 además de la alta morbilidad y mortalidad ha causado estragos en los profesionales de la salud y la salud mental.

Objetivo: Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay durante los meses de Julio a Agosto del año 2020 en Lima, Perú.

Metodología: Estudio transversal analítico. A través de una encuesta virtual. Las variables dependientes : Depresión, ansiedad y estrés; la variable independiente: Percepción de riesgo al covid-19 y las covariables: Datos sociodemográficos, factores familiares, factores laborales, historial médico.

Resultados: No existe asociación entre percepción de riesgo y depresión (RP: 0,98 IC 95%: 0,90-1,07. RPa: 0,98 IC 95%: 0,89-1,08), ansiedad (RP: 0,92 IC 95%:0,86-0,98. RPa: 0,94 IC 95% :0,89-1,00), estrés (RP: 0,88 IC :0,76-1,03. RPa: 0,89 IC 95% : 0,76-1,04). En el análisis multivariado se encontró asociación entre depresión con contacto directo con paciente COVID-19 (RPa: 2,06 IC 95%: 1,14-3,70); así mismo, entre ansiedad con número de hijos (RPa: 1,09 IC 95%: 1,00-1,18), con contacto directo con paciente COVID-19 (RPa: 2,67 IC 95%:1,46-4,85) y con comorbilidad (RPa: 2,04 IC 95%: 1,48-2,83); finalmente, entre estrés con contacto directo con paciente COVID-19 (RPa: 2,86 IC 95%: 1,20-6,83).

Conclusiones: No existe asociación entre percepción de riesgo y depresión, ansiedad ni estrés, pero hay asociación entre depresión y ansiedad con el contacto directo con pacientes COVID-19; entre ansiedad con número de hijos, con contacto directo con pacientes COVID-19 y con comorbilidad; finalmente, entre estrés con contacto directo con pacientes COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, percepción, riesgo, salud mental (Fuente: DeCS)

RESUME

Introduction: The COVID-19 pandemic in addition to the high morbidity and mortality has wreaked havoc on health and mental health professionals.

Objective: To determine the association between the perception of risk to COVID-19 and mental health indicators in health workers of the Chancay hospital during the months of July to August of the year 2020 in Lima, Peru.

Methodology: Analytical cross-sectional study. Through a virtual survey. Dependent variables: Depression, anxiety and stress; the independent variable: Perception of risk to covid-19 and the covariates: Sociodemographic data, family factors, work factors, medical history.

Results: There is no association between risk perception and depression (PR: 0.98 95% CI: 0.90-1.07. RPa: 0.98 95% CI: 0.89-1.08), anxiety (PR : 0.92 95% CI: 0.86-0.98. RPa: 0.94 95% CI: 0.89-1.00), stress (PR: 0.88 CI: 0.76-1.03 RPa: 0.89 95% CI: 0.76-1.04). In the multivariate analysis, an association was found between depression with direct contact with a COVID-19 patient (RPa: 2.06 95% CI: 1.14-3.70); likewise, between anxiety with number of children (RPa: 1.09 95% CI: 1.00-1.18), with direct contact with COVID-19 patient (RPa: 2.67 95% CI: 1.46- 4.85) and with comorbidity (RPa: 2.04 95% CI: 1.48-2.83); finally, between stress with direct contact with the COVID-19 patient (RPa: 2.86 95% CI: 1.20-6.83).

Conclusions: There is no association between risk perception and depression, anxiety or stress, but there is an association between depression and anxiety with direct contact with COVID-19 patients; between anxiety with number of children, with direct contact with COVID-19 patients and with comorbidity; finally, between stress with direct contact with COVID-19 patients.

Keywords: COVID-19, perception, risk, mental health (Source: DeCS)

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	Error! Bookmark not defined.
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Error! Bookmark not defined.
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:	3
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	4
2.2. BASES TEÓRICAS:	13
2.3. DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES:	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	23
3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	23
3.1.1.General:.....	23
3.1.2.Específicas:	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN:	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	24
4.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:	23
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	23
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:	30
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:	31
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
5.1. RESULTADOS:	31
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	46
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
6.1. CONCLUSIÓN:	50
6.2. RECOMENDACIONES:	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS:	58

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La enfermedad SARS-CoV-2(COVID-19), es una enfermedad infecciosa pandémica con alta morbilidad y mortalidad. De acuerdo con el último informe brindado por la Organización Mundial de la salud(OMS) el 12 de enero hay más de 88 millones de casos notificados y más de 1,9 millones de muertes alrededor del mundo(1), en el Perú según el reporte de MINSA del 12 de enero existe, 1,040,231 infectados y 38,399 muertes(2), provocando un colapso hospitalario y gran impacto a nivel sanitario. Además, últimamente se observa que las tasas de infección han vuelto a incrementarse en muchas regiones del mundo, en América Latina no es la excepción, siendo Perú uno de los países más afectados, asimismo, el centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) estipuló alerta epidemiológica por el incremento de casos positivos de Covid-19, número de decesos y hospitalizados en el Perú teniendo en cuenta la aparición de una nueva variante del virus, la cual se propaga con mayor facilidad y rapidez.(3–5)

Además de existir gran colapso en los hospitales con pacientes COVID-19, el personal de salud es un grupo de riesgo y por ello su protección es trascendental en la atención de un escenario de pandemia. La infección del personal de salud disminuye la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Esto es especialmente cierto en contexto como el peruano, en el que existe una carencia y poca implementación de elementos de protección personal(EPP)apropiados y acorde a la situación (6). En un estudio realizado por la Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) se reporta que la disponibilidad de la mayoría de EPP está por debajo del 50 % (7). En Colombia, un estudio en 521 trabajadores de la salud reveló que el 47.1% no recibieron capacitaciones sobre el uso de EPP después de decretar estado de emergencia sanitaria en el país, el 37 % desconocía el correcto uso de EPP y refirieron inseguridad, además de la falta de cobertura de EPP para todos sus trabajadores ya que el 64.5 % agenciaron sus propios equipos de protección personal(8). En Ecuador, se investigó la situación de la salud laboral frente al COVID-19, refiriendo gran preocupación por las tasas de infectados que muestran los trabajadores de la salud reportando 1667 infectados, 1033 son galenos y lo atribuyen a la falta de EPP sobre todo para quienes atienden de forma directa la emergencia sanitaria producto a las condiciones de trabajo que no aseguran ser las mejores por el tipo de contrato de tercerización(9).Por otro lado, en un estudio realizado en Paraguay a 5210 pobladores se obtuvo una mayor percepción de riesgo de contagio cuando presentaban a un familiar o amigo sospechoso o expuesto con un $p < 0,005$ así como el uso correcto de mascarilla con un $p < 0,001$.(10)

El personal de salud se encuentra en una situación sin precedente, teniendo que tomar decisiones difíciles y trabajar bajo presiones extremas. Estas decisiones pueden incluir cómo asignar recursos escasos a pacientes igualmente necesitados, la presión de estar expuesto a infectarse por COVID-19, una inadecuada protección para evitar el contagio, pasar a aislamiento, interactuar con pacientes con emociones negativas, cómo equilibrar sus propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes, de esa forma, la crisis sanitaria que enfrenta el personal de salud puede causar problemas de salud mental como: estrés, depresión, ansiedad, entre otros (11,12). En nuestro medio, a pesar de la gran vulnerabilidad del personal de salud, no se ha explorado su asociación con el estado de salud mental; es por ello que el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de un hospital peruano.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay durante los meses de Julio a Agosto del año 2020 en Lima, Perú?

1.3 Justificación de la investigación

El siguiente estudio se realiza con el propósito de encontrar asociación entre los indicadores de salud mental de los trabajadores de salud y su exposición al COVID-19, porque no existen estudios a nivel nacional que evalúen las condiciones psicopatológicas del personal de salud, esto cobra valor por la evidencia internacional, donde el personal de salud constituyen un grupo vulnerable, especialmente aquellos en la primera línea de asistencia, quienes tienen mayor exigencias y exposición y por ende comprometen la salud mental.(12)

Durante años los trabajadores de la salud se enfrentan a múltiples riesgos laborales psicosociales intrínsecos a su trabajo, incluidas las cargas de trabajo pesadas y el trabajo por turnos, es más, se encontró una mayor prevalencia de trastornos mentales que los trabajadores generales ya que tenían más probabilidades de tener más horas de trabajo, mayores demandas de trabajo psicológico, mayor control del trabajo, más violencia en el lugar de trabajo y una mayor prevalencia de trabajo por turnos.(13) Estudios previos sobre el SARS y el Ébola revelan una gravedad de la angustia emocional entre los trabajadores de salud durante los brotes de tales epidemias. Los resultados demostraron que entre el 18% y el 57% de los proveedores médicos experimentan angustia emocional al inicio, durante y después del brote de la infección(14), se evidenciaba que su mayoría cursaba con ansiedad, depresión y estrés(15). Durante el brote de Ébola, muchos trabajadores de la salud sin roles tradicionales de atención al paciente estaban infectados en su mayoría; Además,

el personal médico trabajó horas extra y entornos sin equipo de protección personal (16). La situación con el COVID-19 es aún más grave, hay escasez de suministros médicos debido a una mayor demanda, limitación en el flujo de suministros, restricciones a la exportación y limitaciones de transporte; ausencia de tratamientos terapéuticos específicos; mayor mortalidad entre algunos grupos de alto riesgo; porque es poco probable que las estrictas medidas de control a nivel de población sean sostenibles a largo plazo; por la incertidumbre sobre el resurgimiento de brotes luego de la relajación de las estrictas medidas de control(17), los trabajadores de salud médica son combatientes de primera línea que tratan a pacientes con COVID-19. Todos los días, enfrentan un alto riesgo de infectarse y están expuestos a turnos de trabajo largos y angustiantes para cumplir con los requisitos de salud. En resumen, están expuestos a una fuente de angustia prolongada que puede exceder sus habilidades de afrontamiento individuales, es crucial entender el estado de salud mental de los profesionales de la salud para orientar las políticas e intervenciones para mantener su bienestar psicológico. La utilidad de la investigación es para tener mayor conocimiento sobre las consecuencias del desequilibrio mental que pueden adquirir los estresores ocupacionales ya que no solo puede afectar la calidad de atención a los pacientes, sino también dificultaría su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades para la toma de decisiones, además, conlleva un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida.(18)

Finalmente, si se realiza un monitoreo permanente en la salud mental mediante el uso de plataformas digitales, comunicación online, entrevistas por telemedicina y el uso de instrumentos breves y validados para detección de problemas de salud mental, de esa forma se podrá identificar profesionales con antecedentes a factores de riesgo psicosociales, por ejemplo, aquellos que padecen enfermedades crónicas, viven con niños pequeños o miembros de la familia mayores, asimismo, se brindaría una atención psicológica o psiquiátrica oportuna para aquellos a profesionales en hospitales u otros entornos de atención médica que cursen con un problema de salud mental más grave, serían de mucha utilidad para los desafíos que le depara a la salud pública en nuestro país.(12,19)

1.4 Delimitación del problema

El trabajo de investigación se limitará a ser realizado en el hospital de Chancay, el cual atiende a pacientes con COVID-19, el hospital cuenta con los servicios de medicina interna, ginecología, cirugía, pediatría, entre otros. Ubicado en el distrito de Chancay, la provincia Huaral en el departamento de Lima, Perú.

1.4.1 Línea de investigación

Esta investigación se marca dentro de las prioridades del instituto nacional de salud aprobadas por la resolución ministerial N° 658-2019/MINSA y se

investigará en identificación de los factores de riesgo ambiental y ocupacional y determinantes sociales que afectará la salud de población y de los trabajadores dentro de la prioridad nacional número ocho que es salud ambiental y ocupacional.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 General

Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay durante los meses de Julio a Agosto del año 2020 en Lima, Perú

1.5.2 Específico

- Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Determinar la asociación entre variables sociodemográficas y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Determinar la asociación entre factores laborales y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Determinar la asociación entre factores familiares y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Determinar la asociación entre historial médico y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Un estudio realizado por Jianbo Lai., et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “ Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019”; encontró que 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales equipados para atender a pacientes con COVID-19 en múltiples regiones de China, un considerable proporción de trabajadores de la salud informó experimentar síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia, especialmente mujeres, enfermeras, aquellos en Wuhan y salud de primera línea trabajadores de cuidado directamente involucrados en diagnosticar, tratar o proporcionar atención de enfermería a pacientes con sospecha o confirmado COVID-19.(12)

Un estudio realizado por Jian Xua, en China publicado el año 2020 y que titula “Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak ”; encontró que el puntaje de ansiedad del personal quirúrgico durante el período del brote fue 7.817 ± 2.508 , de los cuales 28 fueron positivos (≥ 8 puntos). El puntaje de ansiedad del personal quirúrgico durante el período sin brote fue 5.283 ± 1.738 , de los cuales 6 fueron ansiedad positiva. El puntaje de ansiedad del personal quirúrgico durante el período del brote fue significativamente mayor que la del personal quirúrgico durante el período sin brote ($t = 6.432$, $P < 0.001$). La puntuación de depresión del personal quirúrgico durante el período del brote fue de 7.333 ± 2.508 , de los cuales 24 fueron positivos para depresión (≥ 8 puntos). La puntuación de depresión del personal quirúrgico durante el período sin brote fue de 4.933 ± 2.154 , de los cuales 7 fueron positivos para la depresión. Obviamente, la puntuación de depresión del personal quirúrgico durante el brote fue mayor que el del personal quirúrgico durante el no brote ($t = 4.531$, $P < 0.001$). Al mismo tiempo, la ansiedad del sueño. El puntaje y SF-36 del personal quirúrgico durante el brote fueron significativamente superior a los del personal quirúrgico durante el no brote ($t = 17.365$, $P < 0.001$; $t = 1.974$, $P < 0.001$). (20)

Un estudio realizado por Wen-Rui Zhang et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China”; encontró que en comparación con los trabajadores de la salud no

médicos (n = 1,255), los trabajadores de la salud médica (n = 927) tuvieron una mayor prevalencia de insomnio (38.4 vs. 30.5%, p <0.01), ansiedad (13.0 vs. 8.5%, p <0.01), depresión (12.2 vs. 9.5%; p <0.04), somatización (1.6 vs. 0.4%; p <0.01) y síntomas obsesivo-compulsivos (5.3 vs. 2.2%; p <0.01). También tuvieron puntajes totales más altos de ISI, GAD-2, PHQ-2 y SCL-90-R, síntomas obsesivo-compulsivos (p ≤ 0.01). Entre los trabajadores de la salud médica, tener una enfermedad orgánica era un factor independiente para el insomnio, la ansiedad, la depresión, la somatización y los síntomas obsesivo compulsivos (p <0.05 o 0.01). Vivir en áreas rurales, ser mujer y estar en riesgo de contacto con pacientes con COVID-19 fueron los factores de riesgo más comunes de insomnio, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos y depresión (p <0.01 o 0.05). Entre los trabajadores de la salud no médicos, tener una enfermedad orgánica era un factor de riesgo de insomnio, depresión y síntomas obsesivo-compulsivos (p <0.01 o 0.05).(21)

Un estudio realizado por Michael Y Ni et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey”; encontró que de los 1577 adultos basados en la comunidad, aproximadamente una quinta parte de los encuestados informaron ansiedad probable (n = 376, 23.84%, IC 95% 21.8-26.0) y depresión probable (n = 303, 19.21%, IC 95% 17.3-21.2) . De manera similar, de los 214 profesionales de la salud, aproximadamente una quinta parte de los profesionales de la salud encuestados informaron ansiedad probable (n = 47, 22.0%, IC 95% 16.6-28.1) o depresión probable (n = 41, 19.2%, IC 95% 14.1- 25.1). Alrededor de un tercio de los adultos y profesionales de la salud de la comunidad pasaron ≥2 horas diarias en las noticias de COVID-19 a través de las redes sociales. El contacto cercano con individuos con COVID-19 y pasar ≥2 horas diarias en las noticias de COVID-19 a través de las redes sociales se asoció con probable ansiedad y depresión en adultos de la comunidad. El apoyo social se asoció con ansiedad y depresión menos probables tanto en profesionales de la salud como en adultos de la comunidad.(22)

Un estudio realizado por Andrea Amerio et.al, en Italia publicado el año 2020 y que titula “Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners”; encontró que Ciento treinta y un médicos completaron la encuesta. En comparación con los médicos de cabecera con síntomas depresivos ausentes o leves (PHQ-9 <10), los médicos que

informaron síntomas depresivos de moderados a severos (N = 30, 22.9%; PHQ-9 \geq 10) informaron más impotencia (96.7% vs. 79.2%, p = .025), pasó más de tres horas buscando información COVID-19 (43.3% vs. 19.8%, p = .024), percibió equipo de protección personal (EPP) menos adecuado (6.7% vs. 23.8%, p = .049) y visitó a más pacientes infectados con COVID-19 (16.63 ± 27.30 vs. 9.52 ± 11.75 , p = .041). Además, PHQ-9 \geq 10 médicos de cabecera informaron una gravedad significativamente mayor tanto para la ansiedad como para el insomnio (13.43 ± 4.96 frente a 4.88 ± 3.53 y 11.60 ± 5.53 frente a 4.84 ± 3.81 , respectivamente; p <.001), y una peor calidad de vida en el resumen del componente mental (34.60 ± 7.45 vs. 46.01 ± 7.83 , p <.001) y físico (43.50 ± 9.37 vs. 52.94 ± 4.78 , p <.001). Conclusiones: Los resultados dan una idea temprana de la necesidad urgente de proporcionar atención continua a los pacientes a nivel comunitario, EPP adecuado para médicos de cabecera y una guía clara de las instituciones de salud pública. Un sistema de salud precario, tanto a nivel nacional como regional, podría haber desencadenado resultados negativos para la salud mental en médicos de cabecera italianos.(23)

Un estudio realizado por Rodolfo Rossi, et.al, en Italia publicado el año 2020 y que titula "Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy " encontró que un total de 681 encuestados (49.38%) respaldaron PTSS; 341 (24.73%), síntomas de depresión; 273 (19,80%), síntomas de ansiedad; 114 (8,27%), insomnio; y 302 (21.90%), estrés percibido alto (Tabla 1). Un total de 18 participantes (1.31%) fueron excluidos del análisis de regresión debido a la falta de datos. La edad más joven y el sexo femenino se asociaron con todos los resultados investigados, excepto el insomnio. (p. ej., ansiedad por edad estandarizada: odds ratio [OR], 0,60; IC del 95%, 0,44-0,82; P = 0,001; percibido estrés para la edad estandarizada: OR, 0,63; IC 95%, 0,46-0,85; P = .002; PTSS entre mujeres: OR, 2,31; IC 95%, 1,76-3,05; P <0,001; depresión en mujeres: OR, 2,03; IC del 95%, 1,44-2,87; P <.001). Siendo un HCW de primera línea se asoció con PTSS (OR, 1,37; IC 95%, 1,05-1,80; P = .03). Médicos generales tenían más probabilidades de respaldar PTSS que otros HCW (OR, 1,75; IC 95%, 1,03-2,08; P = .04), mientras que las enfermeras y los asistentes de atención médica tenían más probabilidades de respaldar el insomnio severo (enfermeras: OR, 2,03; IC 95%, 1,14-3,59; P = 0,02; asistentes de salud: OR, 2,34; IC 95%, 1,06-5,18; P = 0,04). (24)

Un estudio realizado por Ying-Hui Jin, et.al, en China publicado el año 2020 y que titula "Perceived infection transmission routes, infection

control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey”; encontró que 103 empleados profesionales con COVID-19 terminaron el cuestionario y fueron incluidos (tasa de respuesta: 98,1%). De ellos, 87 casos (84.5%) pensaron que estaban infectados en el ambiente de trabajo en el hospital, uno (1.0%) pensaron que su infección se debía al ambiente del laboratorio y 5 (4.9%) pensaron que estaban infectados diariamente ambiente de vida o comunidad. Los procedimientos percibidos fueron la recolección de hisopos de garganta y el examen físico. como muy probablemente causando su infección por enfermeras y médicos, respectivamente. Cuarenta y tres (41.8%) pensaron que su infección se relacionó con equipos de protección, utilización de equipos comunes (máscaras y guantes). Los tres primeros síntomas que se presentaron antes del diagnóstico fueron fiebre (41.8%), letargo (33.0%) y dolores musculares (30.1%). Después diagnóstico, el 88.3% del personal experimentó estrés psicológico o cambios emocionales durante su período de aislamiento, solo El 11.7% casi no tuvo cambios emocionales. Arbidol (Umifenovir; una droga anti-influenza; 69.2%) fue la droga más comúnmente utilizado para atacar la infección en síntomas leves y moderados.(25)

Un estudio realizado por Wen Lu, et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional stud”; encontró que los 2299 cuestionarios restantes se completaron de manera elegible, dando una tasa de respuesta global del 94,88%. Los encuestados fueron compuesto por 2042 personal médico (médicos y enfermeras) y 257 administrativos personal (incluida la logística). Gran proporción de mujeres los encuestados se encontraron tanto en el grupo de personal médico (77.9%) como en el grupo de personal administrativo (75.5%). El grupo de edad líder fue 31-40 años, que representan aproximadamente el 40% en ambos grupos. Adicionalmente, El 70,8% de los participantes procedían del este de la provincia de Fujian. En comparación con el grupo de personal administrativo, el grupo de personal médico presentado con una mayor duración de la educación ($p < 0,001$). Había sin diferencias significativas en edad laboral, matrimonio y estado de fertilidad entre grupos (todos $p > 0.05$). (26)

Un estudio realizado por Han Xiao, et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019

(COVID-19) in January and February 2020 in China”; encontró que los niveles de apoyo social para el personal médico se asociaron significativamente con la autoeficacia y la calidad del sueño y asociado negativamente con el grado de ansiedad y estrés. Los niveles de ansiedad se asociaron significativamente con Los niveles de estrés, que afectaron negativamente la autoeficacia y la calidad del sueño. Ansiedad, estrés y autoeficacia fueron variables mediadoras asociadas con el apoyo social y la calidad del sueño.(27)

Un estudio realizado por Lijun Kang, et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study”; encontró que entre el 994 personal médico y de enfermería que trabaja en Wuhan, 36.9% tuvo trastornos de salud mental por debajo del umbral (PHQ-9 promedio: 2.4), 34.4% tuvo trastornos leves (PHQ-9 promedio: 5.4), el 22.4% presentaba alteraciones moderadas (PHQ-9 promedio: 9.0) y el 6.2% presentaba alteraciones graves (PHQ-9 promedio: 15.1) inmediatamente después de la epidemia viral. La carga notoria recayó particularmente en las mujeres jóvenes. De todos los participantes, el 36,3% había accedido a materiales psicológicos (como libros sobre salud mental), el 50,4% tenía accedió a recursos psicológicos disponibles a través de los medios (mensajes en línea sobre autoayuda de salud mental métodos de afrontamiento), y el 17.5% había participado en asesoramiento o psicoterapia.(28)

Un estudio realizado por Serena Barelló, et.al, en Italia publicado el año 2020 y que titula “Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic.”; encontró que un gran porcentaje de profesionales de la salud reportó puntajes altos en al menos uno de los dominios MBI: en particular, más de 1 de cada 3 mostró alta puntuación de Agotamiento Emocional y 1 de cada 4 reportados en altos niveles de despersonalización, mientras que solo alrededor del 15% informó bajos niveles de gratificación personal. Se utilizó una serie de prueba t de una muestra para compare las medias en nuestra muestra con los valores normativos: análisis revelados que los niveles de agotamiento emocional eran más altos que en el muestra normativa ($t(320) = 3.765$; $p < .001$; diferencia en medias = 2.53), mientras que los niveles de despersonalización aparecen de alguna manera más bajos ($t(320) = -2.906$; $p = .004$; diferencia en medias = -0.91) y personal Gratificación mayor ($t(320) = 11.856$; $p < .001$; diferencia en significa = 5.02), Los resultados mostraron un principal efecto del género en el agotamiento emocional ($F(1, 312) = 12.444$; $p < .001$; $\eta^2 = .038$), con

mujeres que muestran niveles más altos que los hombres ($M = 24.05$, $DE = 11.57$; $M = 18.74$, $DE = 12.65$, respectivamente). Un significativo surgió el efecto principal para el género ($F1, 308 = 13.836$; $p < .001$; $\eta^2 = .043$) y rol ocupacional ($F2, 308 = 5.173$; $p = .006$; $\eta^2 = .032$) en síntomas experimentados, con hombres que experimentan menos síntomas con frecuencia que las mujeres ($M = 2.47$, $SD = .94$; $M = 3.09$, $SD = .88$, respectivamente) y médicos con menos frecuencia que las enfermeras ($M = 2.47$, $DE = 0,83$; $M = 3.05$, $SD = .93$, respectivamente).(29)

Un estudio realizado por Huang, J Z , et.al, en China publicado el año 2020 y que titula “ Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19”; encontró que La incidencia de ansiedad en el personal médico fue del 23.04% (53/230), y el puntaje de SAS(Escala de autoevaluación de ansiedad) fue (42.91 ± 10.89). Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2.17% (5/230), 4.78% (11/230) y 16.09% (37/230), respectivamente. La incidencia de ansiedad en el personal médico femenino fue mayor que en el hombre [25.67% (48/187) vs 11.63% (5/43), $Z = -2.008$, $P = 0.045$], la puntuación de SAS en el personal médico femenino fue mayor que eso en hombres [(43.78 ± 11.12) vs (39.14 ± 9.01) , $t = -2.548$, $P = 0.012$]. La incidencia de ansiedad en las enfermeras fue mayor que en los médicos [26.88% (43/160) frente a 14.29% (10/70), $Z = -2.066$, $P = 0.039$], y la puntuación de SAS en las enfermeras fue mayor que eso en médicos [(44.84 ± 10.42) vs (38.50 ± 10.72) , $t = -4.207$, $P < 0.001$]. La incidencia del trastorno de estrés en el personal médico fue del 27,39% (63/230), y la puntuación de TEPT-SS(Escala de autoevaluación del trastorno de estrés postraumático) fue ($42,92 \pm 17,88$). El puntaje de TEPT-SS en el personal médico femenino fue mayor que el del hombre [(44.30 ± 18.42) vs (36.91 ± 13.95) , $t = -2.472$, $P = 0.014$].(30)

Un estudio realizado por Chen-Yun Liu, en China publicado el año 2020 y que titula “ The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey”; encontró que un total de 600 médicos, con 512 sujetos. La mayoría de la muestra era femenina (84.57%) y la mayor edad el grupo tenía entre 18 y 39 años. La mayoría de los participantes de la muestra estaban casados. (62.50%) y la mayoría de los sujetos tenían un nivel terciario de educación. La mayoría de los trabajadores de salud provienen de un departamento clínico (72.07%), con 13.28% estableciendo clínicas para evaluar a los pacientes fiebre y 14,65% involucrados en la

administración. Un total de 164 los trabajadores de la salud habían tratado directamente a los pacientes confirmados, con un 14,26% de los encuestados procedentes de la provincia de Hubei, El área más severamente afectada. Un total de 53 encuestados sufría de ansiedad leve (10.35%), siete de ansiedad moderada (1.36%) y cuatro por ansiedad severa (0.78%).(31)

Un estudio realizado por Dandan Sun, en China publicado el año 2020 y que titula “Psychological impact of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak in health workers in China”; encontró que el análisis de regresión múltiple mostró que había diferencias estadísticas críticas en altas puntuaciones de excitación entre diferentes grupos de género (hombres 3.0 frente a mujeres 5.0, $P = 0,075$). Si estar en cuarentena tenía diferencias estadísticas significativas de los puntajes de IES (impacto de la escala de eventos) (estar en cuarentena 16.0 vs. no estar en cuarentena 13.0, $P = 0.021$). El impacto general de El brote de 2019-nCoV en los trabajadores de la salud está en un nivel leve. Los trabajadores de salud chinos tienen buena capacidad de afrontamiento psicológico frente a emergencias de salud pública.(32)

Un estudio realizado por Chenxi Zhang, en China publicado el año 2020 y que titula “Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak”; encontró que hubo un total de 1,563 participantes en nuestro estudio. Quinientos sesenta y cuatro (36,1%) participantes tenían síntomas de insomnio de acuerdo con el Índice de gravedad del insomnio (ISI) (puntaje total ≥ 8). Un modelo de regresión logística binaria múltiple reveló que los síntomas de insomnio se asociaron con un nivel educativo de la escuela secundaria o inferior ($OR = 2.69$, $p = 0.042$, $IC\ 95\% = 1.0-7.0$), ser médico ($OR = 0.44$, $p = 0.007$, $IC\ 95\% = 0.2-0.8$), actualmente trabajando en una unidad de aislamiento ($OR = 1.71$, $p = 0.038$, $IC\ 95\% = 1.0-2.8$), está preocupado por estar infectado ($OR = 2.30$, $p < 0.001$, $95\% CI = 1.6-3.4$), percepción de falta de ayuda en términos de apoyo psicológico de noticias o redes sociales con respecto a COVID-19 ($OR = 2.10$, $p = 0.001$, $IC\ 95\% = 1.3-3.3$), y tener una incertidumbre muy fuerte con respecto al control efectivo de la enfermedad ($OR = 3.30$, $p = 0.013$, $IC\ 95\% = 1.3-8.5$). (33)

Un estudio realizado por Julia Dratva, en Suiza publicado el año 2020 y que titula “Swiss University Students’ Risk Perception and General Anxiety

during the COVID-19 Pandemic”; encontró que de un total de 2437 estudiantes : 70% mujeres, mediana de edad 25 años. En el estudio se informó que el 10 % tuvo un deterioro del bienestar en comparación con antes de la pandemia. Variando en el impacto percibido de COVID-19: 1 (bajo, n = 675), 2 (moderado, n = 1098) y 3 (fuerte, n = 656). La proporción ajustada de ansiedad moderada a grave por clase fue del 45% (IC del 95%: 28,0 a 62,0), 15,5% (IC del 95%: 13,1-17,9) y 5,1% (IC del 95%: 4,7-5,6), respectivamente. Análisis de regresión multivariante arrojó un OR para la ansiedad moderada a grave de 3,88 (IC del 95%: 2,5 a 6,0, clase 2) y 22,43 (IC del 95%:14,5–34,6, clase 3) en comparación con la clase 1. La asociación investigada implica que las medidas de contención tienen un efecto selectivo sobre la ansiedad en los estudiantes. La diversidad de percepción de los estudiantes y asociados la ansiedad debe ser monitoreada y considerada en respuesta futura a pandemias.(34)

Un estudio realizado por Jinyi Kuang, en India publicado el año 2020 y que titula “Awareness, Risk Perception, and Stress during the COVID-19 Pandemic in Communities of Tamil Nadu, India”; encontró que un total de 2330 encuestados por vía telefónica la edad promedio de encuestados tenía 44 (DE = 14,5) años, con un rango de 13 a 90 años. Entre ellos, el 15,0% ha recibido educación universitaria o superior, el 27,7% tiene educación secundaria completa (10-12 años escolaridad), el 20,7% ha recibido educación secundaria (5-10 años de escolaridad), el 17,8% ha terminó la escuela primaria (1 a 5 años de educación) y el 18,7% no recibió educación formal. La mayoría percibió que están en un no (60,4%) o bajo (23,4%) riesgo de contraer coronavirus. Solo el 8,7% percibió un riesgo medio y el 7,6% percibió un riesgo alto. La mayoría refirió miedo a perder el trabajo / ingresos (62,1%), seguido de la imposibilidad de salir o viajar libremente (46,1%), se enferman (45,7%), escasez de alimentos (39,2%) y los miembros de la familia se enferman(37,5%). Personas que recibieron educación formal (primaria, secundaria, bachillerato o universidad nivel) tenían más probabilidades de percibir el riesgo de contraer coronavirus que aquellos que no recibieron cualquier nivel de educación (todos $p < 0.01$). (35)

Un estudio realizado por Faridah Amin, en Pakistán publicado el año 2020 y que titula “COVID-19 pandemic- knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan”; encontró que a través de una encuesta en línea participaron 389 médicos de primera línea de las cuatro provincias y 65 ciudades de Pakistán. Se informó una

prevalencia del 43% de ansiedad / depresión entre los médicos de primera línea de Pakistán. Casi todos los médicos tenían una puntuación de conocimientos de moderada a alta. La mayoría de los participantes marcaron la máscara N-95 como "esencial" durante procedimientos generadores de aerosoles, evaluación de pacientes con síntomas respiratorios, en el área de atención al paciente de COVID, triaje en urgencias y atención directa del paciente COVID-19. Solo el 12% de los médicos estaban completamente satisfechos con la provisión de EPP y casi el 94% se sintió desprotegido. En el modelo multivariable, evaluando más de cinco sospechosos de COVID / día (ORa = 2,73, IC del 95%: 1,65–4,52), trabajando 20 h a la semana o menos (ORa = 2,11, 1,27–3,49), tener hijos entre los miembros del hogar (ORa = 1,58, IC del 95%: 1,00–2,50) y el conocimiento de la infección de moderado a bajo (ORa = 2,69, IC del 95%: 1,68–4,31) resultaron ser independientes predictores de ansiedad / depresión entre médicos.(36)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 COVID -19

Los coronavirus comprenden una familia de virus, siete de los cuales se sabe que causan enfermedades en humanos. Se sabe que algunos coronavirus que típicamente infectan a los animales evolucionan para infectar a los humanos. A finales de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad en la provincia China de Hubei. Se extendió rápidamente, dando como resultado una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en otros países del mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019; anteriormente, se denominaba 2019-nCoV. El virus que causa COVID-19 se denomina coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)(37) y es probablemente uno de esos virus, que se postula que se originó en un gran mercado de animales y mariscos.(38)

2.2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Hasta el 12 de junio de 2020, el COVID 19 ha sido confirmado en más de 7.5 millones y 422,000 muertes confirmadas de COVID-19 en todo el mundo entre 215 países, territorios o áreas. Los países con más de 200,000 casos confirmados son los Estados Unidos de América (2.071.782), Brasil (850.514), Rusia (520,129), India (321,626), Inglaterra (294,375) y España (290,685). Casos confirmados reportados para China han seguido disminuyendo

desde mediados de febrero, ahora totalizando 83,075 casos confirmados, y China ya no se encuentra entre los 10 países con el mayor número de casos confirmados. Los aumentos sustanciales en el número de nuevos casos de COVID-19 continúan en muchas regiones, particularmente en la Región de las Américas y Europa.(39)

Los países con más de 10.000 muertes confirmadas son los Estados Unidos de América (117,526 muertes), el Reino Unido (35, 704 muertes), Inglaterra (41,662 muertes), Francia (27,136 muertes), España (27,888 muertes) e Italia(34,301).Entre estos países, desde el 19 de abril de 2020 (fecha de la última Actualización Epidemiológica para la enfermedad por Coronavirus), el número de muertos en Brasil se ha incrementado casi 9 veces (desde 2141 muertes), el de Estados Unidos casi se ha triplicado (32.427 muertes) y el del Reino Unido (15.464 muertes) se ha más que duplicado. Estos tres países contribuyen con el 45% del número total de muertes reportadas a nivel mundial.(40)

Los Estados Unidos de América (distribuidos en los 50 estados) representan la mayoría de los casos y muertes de la región; 92% de los casos y 88% de las muertes. Veintinueve estados actualmente reportan más de 10,000 casos confirmados de COVID-19. El setenta y cuatro por ciento de los casos se encuentran entre personas de entre 18 y 64 años, sin embargo, la tasa de hospitalización (tasa acumulada, 60,5 por 100.000) sigue siendo la más alta entre las personas de 65 años de edad y mayores (192,4 por 100.000) y 50-64 años (94,4 por 100.000). (41)

Después de América del Norte, la subregión con el mayor número de casos confirmados y muertes reportadas hasta la fecha sigue siendo América del Sur. Al 21 de mayo, los 10 países de esta subregión han reportado un total de 518,365 casos confirmados, incluidas 26.589 muertes, lo que representa el 23% del total de casos y el 20% del total de muertes en la Región de las Américas. Entre los países de América del Sur, Brasil ha informado el mayor número de casos (850,796 casos confirmados, incluidas 42,791muertes), seguido de Perú (220,749 casos confirmados, incluidas 6,308 muertes), Chile (167,355 casos confirmados, incluidas 3,101 muertes) y Ecuador (46,356 casos confirmados, incluyendo 3,874 muertes confirmadas). La tasa bruta de letalidad en América del Sur es del 5,13%, la segunda más alta entre las subregiones de la Región de las Américas. (39)

En el Perú, el 05 de marzo se confirmó un primer caso importado de COVID-19, en un compatriota peruano con historial de viaje a España, Francia y República Checa. Posterior a ello se informaron otros casos entre sus contactos. Al 16 mayo, los departamentos con mayor número de casos positivos están: Lima con 59,712 casos, Callao con 6685, Lambayeque con 4856, Piura con 3062 y Loreto (23.77%),Callao (22.51%),Ucayali (21.05%),Lima (16,51%) y Piura

(15,49%). Los departamentos con mayor tasa de letalidad son: Piura (10.2%), Lambayeque (9.76%), Tumbes (9.29%), Loreto (9.2 %), Ancash (6.78%), Ica (6.43%) y Ucayali (5.32 %)(42).

2.2.1.2 MANEJO

Actualmente, no hay evidencia a partir de ensayos clínicos aleatorizados, que permitan recomendar tratamientos específicos para pacientes con infección por SARS-CoV-2. A pesar de ello, tanto el Instituto Nacional de Salud, a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, como EsSalud, a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, han venido realizando revisiones sistemáticas rápidas sobre intervenciones farmacológicas para COVID-19, las cuales han sido evaluadas y discutidas por el Grupo de Trabajo COVID-19 (conformado por Resolución Ministerial N° 087-2020/MINSA y modificatorias).

La decisión de tratamiento se basa en la evaluación clínico-epidemiológica de cada caso, independientemente de los resultados de las pruebas de laboratorio para COVID-19 (Prueba rápida o RT-PCR). Los médicos tratantes podrán indicar el tratamiento en base a una evaluación individual del caso, previo consentimiento informado, debiendo realizar un monitoreo estricto de los eventos adversos de los fármacos prescritos.

No se recomiendan tratamientos específicos para casos leves sin factores de riesgo. Los casos leves se manejan de manera ambulatoria, en los establecimientos del primer nivel de atención que cuenten con médico, en los centros de aislamiento temporal y seguimiento (CATS) o a través de los equipos de la oferta móvil de servicios de salud. Los casos leves que son diagnosticados en los hospitales pueden iniciar y recibir el tratamiento para luego ser derivados a establecimientos del primer nivel, continuar su seguimiento por los equipos de seguimiento clínico o ser derivados a un CATS.

Luego de la discusión, a pesar del bajo nivel de evidencia encontrada, realizando un análisis de riesgo - beneficio, el precitado Grupo de Trabajo emite opinión favorable respecto al tratamiento de casos leves con factores de riesgo con ivermectina (95% del Grupo de Trabajo) y/o hidroxiclороquina (60% del Grupo de Trabajo); propuesta que se recoge y se pone a consideración de los médicos tratantes.

Una de las complicaciones más importantes que pueden presentar los casos de COVID-19 es la hipoxemia. La hipoxemia se puede detectar a través de la medición periódica de la saturación de oxígeno (SpO₂) en sangre a través de la oximetría de pulso, la cual se debe monitorear ambulatoriamente en todos los casos leves de

COVID-19, especialmente en aquellos que presentan factores de riesgo. Un nivel de saturación igual o menor de 93% indica la necesidad de iniciar oxigenoterapia y realizar la referencia inmediata a un establecimiento de salud que cuente con hospitalización. El objetivo del tratamiento para la oxigenoterapia, mientras se realiza la derivación del paciente, es mantener el nivel de saturación del oxígeno (SpO₂) entre el 93% -96% en los pacientes sin enfermedades pulmonares crónicas. Los establecimientos de salud de primer nivel que atiendan casos de COVID-19.(43)

2.2.2 ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Se entiende por EPP, cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que lo proteja de uno o más riesgos que puedan amenazar su seguridad y/o su salud, así como cualquier complemento destinado al mismo fin.

En el contexto de la actual Pandemia de COVID-19, se evidencia un alto riesgo de transmisión en los establecimientos de salud. Asimismo, los trabajadores de salud que atienden casos de COVID-19 presentan un riesgo alto de exposición, por lo cual es necesario fortalecer las medidas de prevención y priorizar la detección oportuna de COVID-19 en los trabajadores de la salud. Se debe implementar la vigilancia de la salud ocupacional específica al personal de la salud que participa en la atención de los casos de COVID 19. El personal de salud que atienda casos de COVID-19 deberá usar el equipo de protección personal (EPP) de acuerdo al riesgo. (43,44)

2.2.2.1 TIPOS DE EPPS:

El EPP se compone de: guantes; mascarilla médica (quirúrgica), gafas de protección, pantalla facial y bata médica. Además, para realizar determinados procedimientos se necesita utilizar una mascarilla auto filtrante (también denominada mascarilla de protección respiratoria o respirador, es decir, una mascarilla N95, FFP2, FFP3 o equivalentes) y un delantal.(45)

En la mayoría de las situaciones donde se requiere protección respiratoria y facial, una máscara quirúrgica será adecuada. Para un número muy pequeño de patógenos que son verdaderamente transmisibles a través de la ruta aérea, o donde se realizan procedimientos de generación de aerosoles en inglés *aerosol generating procedures* (AGP) que involucran fluidos corporales infecciosos, se requerirá un respirador. El requisito de protección para los ojos estará determinado en gran medida por el riesgo de salpicaduras,

rociado de sangre y/o fluidos corporales en los ojos, la cara.(46)

2.2.2.2 RECOMENDACIONES DE ACUERDO AL USO DEL USUARIO.

- ✓ El Equipo Protector para Paciente sintomático respiratorio y acompañante:
 - Mascarilla quirúrgica simple.
- ✓ Personal administrativo y seguridad (Riesgo mediano de exposición):
 - Uniforme de trabajo y seguridad
 - Mascarilla quirúrgica descartable
- ✓ Personal de salud en áreas de atención COVID 19. Equipos de respuesta rápida, equipos de seguimiento clínico presencial (Riesgo alto de exposición):
 - Gorro quirúrgico descartable
 - Mascarilla N 95
 - Lentes protectores de ventosas
 - Careta o protector facial
 - Mandilón descartable
 - Guantes de látex descartables
- ✓ Personal de salud en áreas de atención se generan aerosoles (Riesgo muy alto de exposición) :
 - Gorro quirúrgico descartable
 - Respirador N95
 - Lentes protectores con ventosas
 - Máscara
 - Careta o protector facial
 - Mandilón descartable o traje especial (mameluco u overol)
 - Guantes de látex descartable(43)

2.2.3 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRES

2.2.3.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

Es la preocupación excesiva, durante un mínimo de seis meses, en relación con sucesos diversos o actividades, por ejemplo en actividad laboral o escolar. El individuo afectado por la ansiedad le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes, en los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.(47)

2.2.3.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR:

El trastorno aparece sin antecedentes de un episodios de manía, mixto o hipomanía. Se debe presentar cinco o más síntomas durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer, no se incluye síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

La severidad se genera por el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma, los síntomas que se presenten suelen causar malestar, pero es controlable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** La intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”
- **Grave:** La cantidad de síntomas que supera notoriamente el número de síntomas que son requeridos para el diagnóstico, causa gran malestar, no es controlable e interfieren con el funcionamiento social y laboral.(47)

2.2.3.3 ESTRÉS:

La percepción de un acontecimiento como estresante depende de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos del individuo, sus defensas psicológicas y sus mecanismos de afrontamiento. Todos implican al yo, una abstracción colectiva del proceso en virtud del cual un

individuo percibe, piensa y actúa según los acontecimientos externos o los impulsos internos. Un individuo cuyo yo funciona adecuadamente está en equilibrio adaptativo con los mundos externo e interno; si no funciona y el desequilibrio resultante se prolonga lo suficiente, el individuo experimenta una ansiedad crónica.(48)

2.2.3.4 IMPACTO PSICOLÓGICO DEL BROTE DE COVID-19 ENTRE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Frente a esta situación crítica, los trabajadores de la salud en primera línea que están directamente involucrados en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19 corren el riesgo de desarrollar problemas psicológicos y otros síntomas de salud mental. El número cada vez mayor de confirmados y casos sospechosos, carga de trabajo abrumadora, agotamiento del equipo de protección personal, generalizado la cobertura mediática, la falta de medicamentos específicos y los sentimientos de ser inadecuadamente apoyados pueden contribuir a la carga mental de estos trabajadores de la salud. Estudios previos han informado reacciones psicológicas adversas al brote de SARS de 2003 entre los trabajadores de la salud.(49,50) Se demostró que esos trabajadores de la salud temían el contagio y la infección de sus familiares, amigos y colegas, sintieron incertidumbre y estigmatización, informaron reticencias al trabajar incluso contemplar renuncia, (51) además, informó haber experimentado altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas de depresión, lo que podría tener implicaciones psicológicas a largo plazo.(15) Preocupaciones similares sobre la salud mental, ajuste psicológico y recuperación de trabajadores de la salud que tratan y atienden a pacientes con COVID-19 están surgiendo ahora.

Servicios de asistencia psicológica, que incluyen teléfono, internet y aplicaciones, asesoramiento o intervención, han sido ampliamente desplegados por la salud mental local y nacional instituciones en respuesta al brote de COVID-19. El 2 de febrero de 2020, el Consejo de Estado de China anunció que estaba estableciendo líneas directas de asistencia psicológica a nivel nacional para ayudar durante la situación epidémica. Sin embargo, evaluaciones basadas en evidencia e intervenciones de salud mental dirigirse a los trabajadores de atención médica de primera línea es relativamente escaso.(12)

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

-Sintomatología de depresión:

Trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades.

-Sintomatología de ansiedad:

Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

-Sintomatología de estrés:

Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

- Percepción de riesgo al COVID-19:

Escala de percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo de trabajadores.

-Edad del encuestado

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta medida en años.

-Sexo:

Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos

-Estado civil:

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

-Tiempo de empleo a la semana:

Tiempo para la realización de su empleo actual a la semana

-Consumo de tabaco:

Es el consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, pipas y otros.

-Consumo de alcohol:

Es el consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte.

-Personal de salud

Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

-Comorbilidades:

La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

-Grado Académico:

Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.

-Convive parejas

Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con su pareja actual dentro de casa respondida en la encuesta.

-Convive con adulto mayor

Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con adultos mayores respondida en la encuesta.

-Tiene hijos

Situación actual del encuestado respecto si tiene, respondida en la encuesta.

-Trabaja directamente con personas COVID 19

Según el parecer del encuestado tiene contacto directo con el diagnóstico de COVID-19 o potencialmente infectados con dicho virus.

-Número de personas con las que comparte vivienda

Cantidad de personas con las que la persona encuestada viva en un hogar respondida en la encuesta.

-Turnos de guardia mayor de 12 horas

Tiempo mayor de doce horas durante guardias, según lo respondido en la encuesta.

-Especialidad:

Área dentro del campo laboral del que se especializa el personal de salud

-Área Laboral:

El ámbito laboral se refiere al espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 GENERAL:

H_a: Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay durante los meses de Julio a Agosto del año 2020, Lima, Perú.

H₀: No existe asociación entre percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay durante los meses de Julio a Agosto del año 2020, Lima, Perú.

3.1.2 ESPECÍFICAS:

- Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre variables sociodemográficas y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre factores laborales y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre factores familiares y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre el historial médico y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.

3.2 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

❖ Variables dependientes:

- Depresión
- Ansiedad
- Estrés

❖ Variables independiente:

- Percepción de exposición al riesgo de COVID-19

❖ Covariables:

- Edad del encuestado
- Sexo
- Estado Civil
- Número de personas que comparte vivienda
- Convive con pareja
- Tiene hijos
- Número de hijos
- Convive con hijos
- Convive con adultos mayores
- Tipo de personal de salud
- Área laboral
- Grado académico
- Trabaja directamente personas COVID-19

- Tiempo de empleo semanal
- Turnos de guardia mayor de 12 horas
- Comorbilidades
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Percepción de exposición al riesgo de COVID-19
- Especialidad

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico en los trabajadores que laboran en el hospital de Chancay, ubicado en el distrito Chancay, provincia Huaral, departamento de Lima, con un total aproximado de 588 que laboraban entre los meses de Julio a Agosto del año 2020.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. Población:

La población estuvo conformada por trabajadores que laboraron en el hospital de Chancay entre los meses de Julio a Agosto del año 2020. La muestra fue tomada inicialmente a partir de esta población usando un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todos los trabajadores que aceptaran responder el cuestionario de forma voluntaria. Se incluyó a todos los que llenaron correctamente la encuesta y se excluyó a los que tuvieron datos incompletos y aquellos quienes tenían enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

4.2.2. Criterios de inclusión

-Personal de salud mayores de edad que laboran en áreas del hospital que atiendan pacientes potencialmente infectados por COVID-19 en el hospital de Chancay.

-Profesionales de salud que deseen participar del estudio y que, en consecuencia, den su consentimiento informado.

4.2.3. Criterios de exclusión

-Profesionales de salud que hayan cursado o cursen con depresión o cualquier patología psiquiátrica antes o durante el tiempo de estudio.

-Personal de salud que no hayan llenado correctamente el instrumento de recolección de datos.

-Personal de salud que tengan dificultad para la lectura de la encuesta que no permita que contestar las variables de interés.

4.2.4. Tamaño muestral:

Con respecto al cálculo de tamaño de muestra, se halló en base a una fórmula para encontrar diferencias de proporciones, por lo que se comparó la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de acuerdo a diferentes categorías de percepción del riesgo al COVID-19 o a la pandemia en general(34–36), de estos tres cálculos, hallados mediante el programa EPIDAT 4.2, con una potencia del 80 % y una confianza del 95%, se escogió aquel que nos dio un mayor tamaño muestral(36)resultando una muestra total de 228, la cual brindaba la mejor potencia para hallar las asociaciones de interés.

[7] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	51,600%
Población 2:	33,300%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	114	114	228

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Si bien la muestra prevista fue de 228, la muestra alcanzada fue de 191 participantes, ésta permitió una potencia estadística para hallar la

asociación entre percepción de riesgo de COVID-19 con estrés del 98%, con ansiedad del 99% y con depresión del 73%, según los antecedentes revisados.

4.2.5. Selección de la muestra:

Muestreo probabilístico, aleatorio y simple a partir del registro de trabajadores del hospital, se comparó la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés con diferentes categorías de percepción de riesgo obteniendo 228 de muestra.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE: RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Sintomatología de depresión(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Depresión:</i> 5-6 Leve 7-10 Moderada 11-13 Severa 14 o más, Extremadamente severa.
Sintomatología de ansiedad(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Ansiedad:</i> 4 Leve 5-7 Moderada 8-9 Severa 10 o más, Extremadamente severa.
Sintomatología de estrés(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Estrés:</i> 8-9 Leve 10-12 Moderado 13-16 Severo 17 o más, Extremadamente severo
Percepción de riesgo al COVID-19(53)	Escala Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores	Razón discreta	Independiente /Cuantitativo	Puntos

	Puntaje de la escala Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores			
Edad del personal de salud	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta medida en años(años de vida)	Razón continua	Independiente/ Cuantitativa	Edad en años
Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, indicado en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	1.Si 2.No
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Estado civil indicado en la encuesta	Ordinal politómica	Independiente/ Cualitativa	1.Soltera 2.Casada 3.Divorciada 4.Conviviente
Convive con pareja	Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con su pareja actual dentro de casa respondida en la encuesta. Según lo indicado en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Número de personas que comparte vivienda	Cantidad de personas con las que la persona encuestada vive en un hogar respondida en la encuesta	Razón discreta	Independiente /Cuantitativa	Número de personas

Tiene hijos	Situación actual del encuestado respecto si tiene, respondida en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Número de hijos	Cantidad de hijos con las que la persona encuestada viva en un hogar respondida en la encuesta	Razón discreta	Independiente/ Cuantitativa	Número de hijos
Convive con adultos mayores	Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con adultos mayores respondida en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Tipo personal de salud	Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud, según lo indicado en la encuesta	Ordinal politómica	Independiente/ Cualitativa	1.Médico 2.Enfermera 3. Químico farmacéutica 4.Obstetra 5.Técnica enfermería
Tiempo de empleo a la semana	Tiempo de empleo, indicado en la encuesta	Razón continua	Independiente/ Cuantitativa	Horas de trabajo a la semana
Guardia mayor igual a 12 horas	Tiempo mayor de doce horas durante guardias, según lo respondido en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	1.Si 2.No
Consumo de tabaco	Es el consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, pipas y otros. Indicado en la encuesta virtual	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	1.Si 2.No

Consumo de alcohol	Es el consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte. Indicado en la encuesta virtual	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. Enfermedades de fondo, indicado en la encuesta.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Hipertensión 2.Diabetes 3.Asma 4.Infarto 5.Migraña 6.Otro
Trabaja directamente con personas con COVID-19	Según el parecer del encuestado tiene contacto directo con el diagnóstico de COVID-19 o potencialmente infectados con COVID-19	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Grado académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Residente 2.Asistente 3.CAS 4.Tercero 5.Otros
Especialidad	Área dentro del campo laboral, en el que se especializa el personal de salud	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Internista 2.Cirugano 3.Pediatra 4.Ginecologo 5.Otros
Área Laboral	El ámbito laboral se refiere al espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Medicina General 2.Cirugía 3.Ginecoobstetricia 4.Pediatría 5.UCI 6.Otros

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos y el instrumento fue una encuesta. Para comenzar la recolección de datos, se pidió previamente el permiso requerido en pro de hacer uso de las encuestas en el hospital de Chancay entre los meses de Julio a Agosto del año 2020. En este nosocomio se recolectó información suficiente para saber si hay una inestabilidad del estado mental y si es mediada por la percepción de riesgo al COVID-19 o algún otro factor que provoque una alteración de la salud mental. Dicha recolección de datos fue agregada a una base de datos a través de la herramienta de formulario de Google el cual sirvió también para realizar la encuesta de manera virtual o electrónica.

La ficha de recolección de datos incluyó las siguientes secciones de preguntas: sociodemográficas, estado de salud, situación laboral, familiar y sobre el contacto con pacientes COVID 19. Asimismo, para medir la percepción de riesgo al COVID-19, se empleó la escala validada por un estudio previo(53): Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores, la cual fue validada, en contenido, a través del juicio de 12 expertos, quienes analizaron la relevancia, representatividad y claridad de los ítems; con respecto a la confiabilidad, esta escala tiene un alfa de Cronbach de 0,8. A través de cuatro preguntas con respuesta de 5 categorías según escala de Likert, se mide las percepciones acerca de las medidas de seguridad y la exposición al riesgo ante el posible contagio, ésta escala no solo aborda puntos para el que responde, sino que, evalúa su entorno (a sus compañeros y a las condiciones laborales). Siendo esto importante para poder evaluar a instituciones del primer hasta el máximo nivel de complejidad, tanto públicas como privadas.

Para evaluar el estado de salud mental, se empleó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)(52). La subescala de síntomas de depresión considera aspectos relacionados con el bajo afecto positivo como la disforia, desesperanza, tristeza o anhedonia. En cambio, la subescala de síntomas de ansiedad evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica o la excitación autonómica (sudor de manos, temblor, etc.), y experiencias subjetivas de ansiedad. Por su parte, la subescala de síntomas de estrés, evalúa la dificultad para estar relajado, la excitación nerviosa, la agitación, la irritabilidad y la impaciencia. Por lo que refiere al instrumento utilizado, éste es un paquete de tres escalas (de 7 ítems cada una) de tipo Likert, de cuatro puntos de severidad/frecuencia para medir la extensión de cuáles estados han experimentado durante la semana pasada. En la encuesta se encontrará las opciones 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, luego se realiza la suma que se obtiene de los ítems que corresponden a síntomas de estrés, ansiedad y depresión, los cuales se dividen: Síntomas de depresión : 5-6 Leve, 7-10 Moderada, 11-13 Severa, 14 Extremadamente severa; Síntomas de ansiedad: 4 Leve, 5-7 Moderada, 8-9 Severa, 10 o más, Extremadamente severa; Síntomas de estrés: 8-9 Leve ,10-12 Moderado ,13-16 Severo ,17 o más, Extremadamente severo. Las escalas de síntomas depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, mientras que en la escala de síntomas de ansiedad se obtuvo un alfa de 0.73. En conjunto, los ítems que componen el DASS–21 presentaron un alfa de 0.91.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se solicitaron todos los premisos requeridos en la institución donde se recolectaron los datos, esto fue enviado a la dirección general del hospital y una vez aprobado se procedió con la recolección de datos con las encuestas. Estas fueron enviadas vía virtual que a través de los correos electrónicos de los trabajadores mediante un padrón que fueron proporcionado y autorizado por el hospital. Se elaboró la una encuesta virtual el cual fue posteriormente revisado y aplicado según los criterios de inclusión y exclusión las cuales fueron llenadas por los participantes de manera anónima hasta llegar al tamaño muestral mínimo necesario para completar el estudio.

Una vez acabado el periodo de recolección de datos se realizó una intervención educativa con un video informaba sobre una buena salud mental e indicaciones específicas sobre como sobrellevar la problemática actual de pandemia.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis se hizo usando el programa estadístico Stata v14. Se expresaron las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y las variables numéricas se expresaron mediante medidas de tendencia central y dispersión, acorde a su distribución. En casos donde la distribución es no normal se utilizará la mediana y el rango intercuartílico; y si es de distribución normal, se utilizará la media y la desviación estándar.

Para el análisis inferencial, se usó la regresión de Poisson con varianzas robustas, para hallar las razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Ingresaron al modelo del análisis multivariado la variable independiente principal que fue

la percepción del riesgo a COVID-19, y las otras variables independientes que hayan tenido asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado. Para todos los casos, se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS:

Resultados

De los 191 trabajadores de salud evaluados 48,2% eran varones, la media de edad era de 44,5 años. La mayoría eran médicos (48,2%) seguido de enfermería (19,4%) y obstetricia (7,8%). Asimismo, el 44,8% realizaba rotaciones en emergencia y un 74,3% tenía contacto directo con pacientes COVID-19 (Tabla 1). De los encuestados el 46,6% cursaba con sintomatología de depresión, 60,7% con sintomatología de ansiedad y 27,8% con sintomatología de estrés, en diferentes niveles (Tabla 2). Las comorbilidades más frecuentes fueron; obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus 2 con un porcentaje de 29,8%, 9,9% y 6,3% respectivamente (Figura 1).

Con respecto a la sintomatología de depresión, no se encontró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Por otro lado, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable de contacto directo con paciente COVID-19 (RP: 2,72 IC 95%: 1,53-4,83; RPa: 2,06 IC 95%: 1,14-3,70), al igual que la variable de presencia de alguna comorbilidad (RP: 2,91 IC 95%: 1,82-4,68; RPa: 2,56 IC 95%: 1,52-4,30) (Tabla 3).

Con respecto a la variable de sintomatología de ansiedad, no se encontró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Por otro lado, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable número de hijos (RP: 1,13 IC 95%: 1,05-1,22; RPa: 1,09 IC 95%: 1,00-1,18), al igual que contacto directo con paciente COVID-19 (RP: 2,99 IC 95%: 1,80-4,94; RPa: 2,67 IC 95%: 1,46-4,85), al igual que la variable de presencia de alguna comorbilidad (RP: 2,04 IC 95%: 1,48-2,83; RPa: 2,00 IC 95%: 1,40-2,86) (Tabla 4).

En última instancia, la variable de sintomatología de estrés no mostró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Sin embargo, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable de tener contacto directo con paciente COVID-19 (RP: 3,31 IC 95%: 1,39-7,86; RPa: 2,86 IC 95%: 1,20-6,83) (Tabla 5).

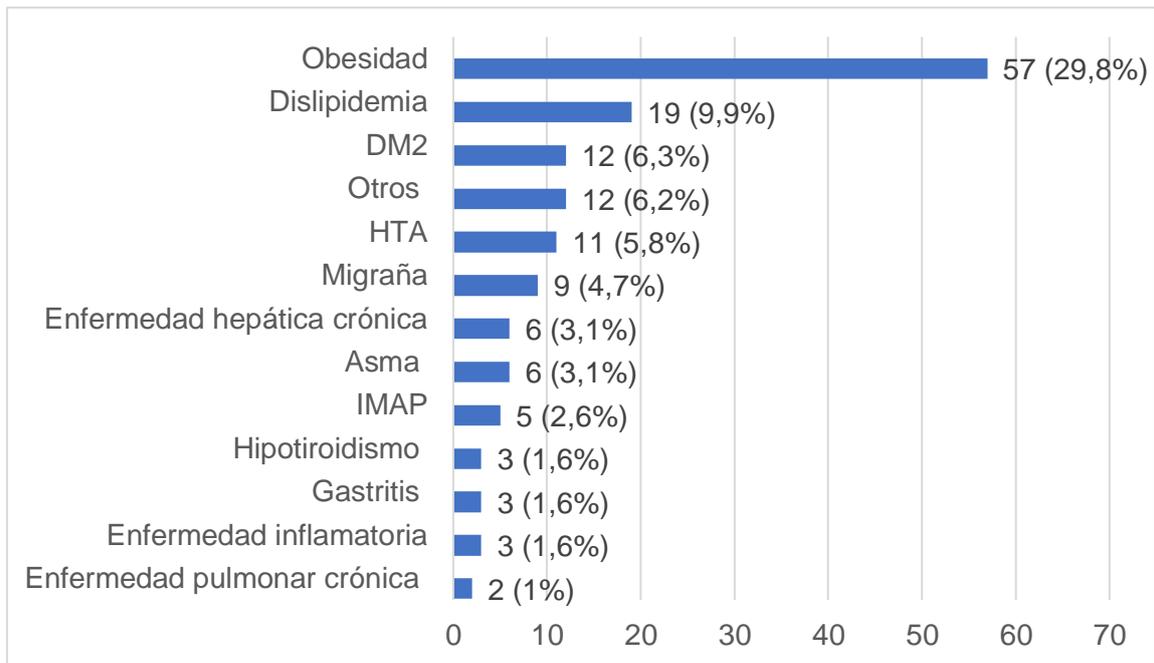
Tabla 1. Características generales de los trabajadores del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo masculino	99	48,2%
Edad (años)*	44,5	±9,9
Estado civil		
Casado	107	56%
Conviviente	21	10,9%
Divorciado	51	26,7%
Soltero	5	2,7%
Viudo	7	3,7%
Tiene pareja	159	83,2%
Convive con pareja	135	84,9%
Tiene hijos	135	70,7%
Número de hijos*	2,2	±0,9
Convive con hijos	131	91,6%
Convive con familiar adulto mayor	118	61,8%
Ocupación		
Médico	92	48,2%
Enfermero	37	19,4%
Obstetra	15	7,8%
Técnico de enfermería	9	4,7%
Químico farmacéutico	4	2,1%
Administrativo	22	11,5%
Otros	12	6,3%

Área o servicio

Área administrativa	21	11%
Pediatría	16	8,4%
Medicina	58	30,4%
Ginecología	24	12,6%
Cirugía	36	18,8%
Farmacia	36	18,8%
Realiza rotaciones en emergencia	82	44,8%
Tiene contacto directo paciente COVID-19	142	74,3%
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más	128	67%
Tiene alguna comorbilidad	120	62,8%
Percepción de riesgo al COVID-19 (puntaje)*	6,21	±1,8

*Media ± desviación estándar



DM2: Diabetes mellitus tipo 2; HTA: Hipertensión arterial; IMAP: Infarto de miocardio agudo previo

Figura 1. Comorbilidades de los trabajadores del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

Tabla 2. Niveles de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Sin síntomas depresión	102	53,4%
Con síntomas depresión	89	46,6%
Leve	35	18,3%
Moderada	38	19,9%
Severa	14	7,3%
Extremadamente severa	2	1,1%

Ansiedad

Sin síntomas ansiedad	75	39,3%
Con síntomas ansiedad	116	60,7%
Leve	24	12,6%
Moderada	58	30,4%
Severa	19	9,8%
Extremadamente severa	15	7,9%

Estrés

Sin síntomas estrés	138	72,3%
Con síntomas estrés	53	27,8%
Leve	25	13,1%
Moderado	22	11,5%
Severo	6	3,1%

Tabla 3. Percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de depresión en trabajadores de la salud del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

Síntomas de Depresión						
	Presente	Ausente	RP (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
Género						
Masculino	43 (43,4%)	56 (56,6%)	Ref.	Ref.		
Femenino	46 (50%)	46 (50%)	1,15 (0,84- 1,56)	0,365		
Edad	46,0±9,4	43,2±10,2	1,01 (1,00- 1,03)	0,044	0,99 (0,97- 1,00)	0,310
Tiene pareja						
No	14 (43,8%)	18 (56,2%)	Ref.	Ref.		
Si	75 (47,2%)	83 (52,8%)	1,07 (0,70- 1,65)	0,730		
Convive con pareja						
No	6 (25%)	18 (75%)	Ref.	Ref.		
Si	69 (51,1%)	66 (48,9%)	2,04 (1,00- 4,17)	0,050	1,43 (0,75- 2,72)	0,271
Tiene hijos						

No	23 (41,1%)	33 (58,9%)	Ref.	Ref.		
Si	66 (48,9%)	69 (51,1%)	1,19 (0,83- 1,70)	0,341		
Número de hijos*	1,8±1,1	1,31±1,4	1,17 (1,05- 1,29)	0,003	1,10 (0,98- 1,24)	0,077
Convive con hijos						
No	6 (50%)	6 (50%)	Ref.	Ref.		
Si	64 (48,8%)	67 (51,2%)	0,97 (0,53- 1,77)	0,939		
Convive con familiar adulto mayor						
No	33 (45,2%)	40 (54,8%)	Ref.	Ref.		
Si	56 (47,5%)	62 (52,5%)	1,04 (0,76- 1,44)	0,764		
Realiza rotaciones en emergencia						
No	31 (39%)	50 (61%)	Ref.	Ref.		
Si	56 (55,4%)	45 (44,6%)	1,42 (1,02- 1,96)	0,033	0,94 (0,69- 1,28)	0,708

Tiene contacto directo paciente COVID-19						
No	10 (20,4%)	39 (70,6%)	Ref.	Ref.		
Si	79 (55,6%)	63 (44,4%)	2,72 (1,53- 4,83)	0,001	2,06 (1,14- 3,70)	0,016
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	25 (39,7%)	38 (60,3%)	Ref.	Ref.		
Si	64 (50%)	64 (50%)	1,26 (0,88- 1,79)	0,197		
Tiene alguna comorbilidad						
No	15 (21,1%)	56 (78,9%)	Ref.	Ref.		
Si	74 (61,7%)	46 (38,3%)	2,91 (1,82- 4,68)	<0,001	2,56 (1,52- 4,30)	<0,001
Percepción total	6,1±1,9	6,2±1,6	0,98 (0,90- 1,07)	0,720	0,98 (0,89- 1,08)	0,712

* Media y desviación estándar. RP: Razón de prevalencia crudo. RPa: Razón de prevalencia ajustado.

Tabla 4. Percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de ansiedad en trabajadores de la salud del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

Síntomas de Ansiedad						
	Presente	Ausente	RP (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
Género						
Masculino	62 (62,6%)	37 (37,4%)	Ref.	Ref.		
Femenino	54 (58,7%)	38 (41,3%)	0,93 (0,74- 1,17)	0,580		
Edad	45,4±9,5	43,0±10,4	1,00 (0,99- 1,02)	0,109		
Tiene pareja						
No	19 (59,4%)	13 (40,6%)	Ref.	Ref.		
Si	97 (61%)	62 (39%)	1,02 (0,76- 1,40)	0,865		
Convive con pareja						
No	7 (29,2%)	17 (70,8%)	Ref.	Ref.		
Si	90 (66,7%)	45 (33,3%)	2,28 (1,20- 4,32)	0,011	1,46 (0,85- 2,50)	0,169
Tiene hijos						

No	27 (48,2%)	29 (51,8%)	Ref.	Ref.		
Si	89 (65,9%)	46 (34,1%)	1,36 (1,01- 1,84)	0,040		
Número de hijos*	1,7±1,3	1,2±1,1	1,13 (1,05- 1,22)	0,001	1,09 (1,00- 1,18)	0,035
Convive con hijos						
No	8 (66,7%)	4 (33,3%)	Ref.	Ref.		
Si	85 (64,9%)	46 (35,1%)	0,97 (0,63- 1,48)	0,900		
Convive con familiar adulto mayor						
No	43 (58,9%)	30 (41,1%)	Ref.	Ref.		
Si	73 (61,9%)	45 (38,1%)	1,05 (0,82- 1,33)	0,687		
Realiza rotaciones en emergencia						
No	42 (51,2%)	40 (48,8%)	Ref.	Ref.		
Si	72 (71,3%)	29 (28,7%)	1,39 (1,08- 1,77)	0,008	1,02 (0,84- 1,25)	0,786

Tiene contacto directo paciente COVID-19						
No	12 (24,5%)	37 (75,5%)	Ref.	Ref.		
Si	104 (73,2%)	38 (26,8%)	2,99 (1,80- 4,94)	<0,001	2,67 (1,46- 4,85)	0,001
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	32 (50,8%)	31 (49,2%)	Ref.	Ref.		
Si	84 (65,6%)	44 (34,4%)	1,29 (0,98- 1,69)	0,067		
Tiene alguna comorbilidad						
No	26 (36,6%)	45 (63,4%)	Ref.	Ref.		
Si	90 (75%)	30 (25%)	2,04 (1,48- 2,83)	<0,001	2,00 (1,40- 2,86)	<0,001
Percepción total	5,9±1,8	6,6±1,7	0,92 (0,86- 0,98)	0,018	0,94 (0,89- 1,00)	0,067

RP: Razón de prevalencia crudo. RPa: Razón de prevalencia ajustado.

Tabla 5. Percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de estrés en trabajadores de la salud del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020

	Síntomas de Estrés		RP (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
	Presente	Ausente				
Género						
Masculino	26 (26,3%)	73 (73,7%)	Ref.	Ref.		
Femenino	27 (29,4%)	65 (70,6%)	1,11 (0,70- 1,76)	0,635		
Edad	44,2±10,7	44,6±9,6	0,99 (0,97- 1,02)	0,798		
Tiene pareja						
No	10 (31,2%)	22 (68,8%)	Ref.	Ref.		
Si	43 (27%)	116 (73%)	0,86 (0,48- 1,53)	0,622		
Convive con pareja						
No	3 (12,5%)	21 (87,5%)	Ref.	Ref.		
Si	40 (29,6%)	95 (70,4%)	2,37 (0,79- 7,07)	0,122		
Tiene hijos						

No	14 (25%)	42 (75%)	Ref.	Ref.
Si	39 (28,9%)	96 (71,1%)	1,15 (0,68- 1,95)	0,590
Número de hijos*	1,8±1,4	1,4±1,2	1,18 (0,99- 1,40)	0,053
Convive con hijos				
No	4 (33,3%)	8 (66,7%)	Ref.	Ref.
Si	36 (27,5%)	95 (72,5%)	0,82 (0,35- 1,92)	0,656
Convive con familiar adulto mayor				
No	19 (26%)	54 (74%)	Ref.	Ref.
Si	34 (28,8%)	84 (72,2%)	1,10 (0,68- 1,79)	0,678
Realiza rotaciones en emergencia				
No	20 (24,4%)	62 (75,6%)	Ref.	Ref.
Si	31 (30,7%)	70 (69,3%)	1,25 (0,77- 2,03)	0,350
Tiene contacto directo paciente COVID-19				

No	5 (10,2%)	44 (89,8%)	Ref.	Ref.		
Si	48 (33,8%)	94 (66,2%)	3,31 (1,39- 7,86)	0,007	2,86 (1,20- 6,83)	0,018
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	15 (23,8%)	48 (76,2%)	Ref.	Ref.		
Si	38 (29,7%)	90 (70,3%)	1,24 (0,74- 2,09)	0,403		
Tiene alguna comorbilidad						
No	13 (18,3%)	58 (81,7%)	Ref.	Ref.		
Si	40 (33,3%)	80 (66,7%)	1,82 (1,04- 3,16)	0,034	1,69 (0,97- 2,95)	0,063
Percepción total	5,8±2,0	6,3±1,6	0,88 (0,76- 1,03)	0,131	0,89 (0,76- 1,04)	0,159

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

La pandemia por COVID-19 ha comprometido al personal de salud a un enfrentamiento sanitario sin precedente, con alto impacto emocional producto de afrontar frustraciones, impotencia, problemas de adaptación y miedo a la discriminación(54,55). En presente estudio se reporta un alto porcentaje de sintomatología de ansiedad, depresión y estrés, asimismo, se encuentra factores de asociados desencadenantes. Por ende, la evidencia de estos

síntomas sugiere que además de confrontar diariamente al COVID-19 deben luchar por mantener una adecuada salud mental.

No se encontró asociación entre indicadores de salud mental y la percepción de riesgo en los trabajadores evaluados, según un estudio por Kasun et al. (56) esto se debe a que el personal de salud tiene conocimientos apropiados de los protocolos de atención y el uso de EPP lo cual podría conferir mayor sensación de seguridad a los trabajadores del hospital, esto también se ha observado en un estudio realizado en enfermeras en Estados Unidos(57). Asimismo, la pregunta del cuestionario de percepción de riesgo que reveló mayor percepción de riesgo, fue la relacionada con el riesgo percibido por trabajar en el hospital, el cual es una situación que atañe a la mayoría de trabajadores de un hospital, sin embargo, la percepción de riesgo aumenta cuando el trabajador está en contacto directo con pacientes con COVID-19, la cual fue una variable en la que si se encontró asociación estadísticamente significativa con los indicadores de salud mental.

En nuestros hallazgos la sintomatología de ansiedad en los trabajadores de salud está asociado al contacto directo con los pacientes infectados de COVID-19, en el estudio realizado por Jiambo et al.(55), revela que las enfermeras que tratan a pacientes COVID-19 presentan síntomas más graves de ansiedad, esta asociación va en relación de laborar un mayor número de horas de lo habitual por ende un mayor tiempo de exposición a pacientes con potencial riesgo de contagio. Asimismo, en la investigación de Zhang et al.(58), menciona que el contacto con paciente con COVID-19 fue un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad entre los médicos, sobre todo en áreas rurales donde las condiciones de trabajo eran precarias en relación a las áreas urbanas debido a encontrarse con menores medidas de bioseguridad, entre ellos equipos de protección personal. La asociación entre la sintomatología de ansiedad y contacto directo con pacientes confirmados de COVID-19 encontrada en nuestro estudio, se podría justificar debido a las largas jornadas, malas condiciones laborales entre ellas falta de insumos biosanitarios, además del miedo de contagiar a familiares e incapacidad al enfrentarse a pacientes críticos, por lo tanto, para disminuir los síntomas de ansiedad en trabajadores de salud que están en contacto con pacientes con COVID-19, es importante lidiar con la tensión laboral y mitigar la ansiedad para ello debe promoverse más intervenciones psicosociales, a través de un equipo psiquiátrico, técnicas de relajación, apoyo en redes sociales y establecer el acceso del personal de salud a una consulta integral psicológica para el correcto manejo de la ansiedad. Por otro lado, es recomendado que dentro del área laboral exista siempre un espacio de descanso con alimentos y reposición de equipos de protección.

Dos de los hallazgos en nuestro estudio fue la asociación entre tener alguna comorbilidad y sintomatología de depresión, y la asociación de una

comorbilidad y sintomatología de ansiedad, similar al estudio de Sayedd et al(56), donde se estudió la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés mediante un estudio de casos y controles donde en el grupo de casos se obtuvo niveles más altos a diferencia de los controles y la asociación de esta en los pacientes con una comorbilidad preexistente. Esto nos indica la necesidad de dar a disposición recursos para la salud mental sobre todo en los que presenten una enfermedad crónica ya que la idea de riesgo percibida para contraer la enfermedad repercute en la salud mental del personal de salud.

Por otro lado, el número de hijos asociado a sintomatología de ansiedad fue uno de los resultados que se obtuvo en nuestro estudio. Esto probablemente por la preocupación de los trabajadores de salud en llegar a contagiar a sus seres queridos como sus hijos por lo que genera niveles de ansiedad más altos, caso contrario en los que no son padres aun o de los que son, pero ya no viven con sus hijos debido al aislamiento precautorio o porque sus hijos son mayores de edad y ya no viven con ellos porque se independizaron.

Otro hallazgo es la sintomatología de depresión que se encuentra en los profesionales de la salud producto del contacto directo con los pacientes con COVID-19, que coincide con el resultado de la autora Di Tella et al. (59), en el que se identifica que los profesionales sanitarios de primera línea que trabajan en las salas COVID-19 tenían niveles más altos de depresión que otros profesionales en diferentes salas debido a que estaban involucrados en la sobrevivencia de pacientes más afectados por la enfermedad, exponiéndose a situaciones de alto riesgo como la amenaza permanente de infección, poco tiempo de descanso, la escasez de equipos de protección personal, afectando a personal a largo plazo, asimismo, en el estudio de Xu et al. (60), muestra que el personal médico quirúrgico durante el primer brote del COVID-19 se sometió a grandes presiones psicológicas que provocó depresión por riesgo de autoinfección, porque era imposible determinar si el paciente tuvo antecedente de exposición al COVID-19, teniendo en cuenta que habitualmente enfrentaron a pacientes que requerían tratamiento quirúrgico por emergencia que necesitaban intubaciones entre otras intervenciones, por lo que el personal debía de tener estrecho contacto con pacientes de probable alto riesgo. En contraste, Chen et al.(61), obtuvo que el ser personal de primera línea y las horas de trabajo por semana no contribuyó a la incidencia de depresión, por otro lado, la sensación subjetiva de aumento de carga laboral incrementó si, por ello, durante el brote existe mayor riesgo de depresión por la percepción de aumento de carga laboral. En el presente estudio, la sintomatología de depresión en los trabajadores de salud es asociado al contacto con pacientes con COVID-19, se explicaría por desarrollar angustia psicológica tras tratar de mantener con vida aquellos pacientes afectados, llevando a una sensación abrumadora por mayor carga laboral, falta de medicamentos y la percepción de una carencia de apoyo por la poca

cobertura para equipo de protección personal, dejando a los profesionales de la salud en desamparo, ante la problemática se debe promover la contratación de mayor personal de salud para garantizar que cada trabajador tenga adecuadas horas de descanso, administrar de forma adecuada equipos de protección personal y asegurar intervenciones psicológicas para diagnosticar a tiempo síntomas sugestivos de depresión o afectaciones en la salud mental para brindar un tratamiento oportuno.

Si bien no se encontró asociación entre tener pareja y síntomas de depresión o ansiedad, en el análisis bivariado si se encontró esta relación, lo cual difiere de lo reportado previamente en estudios de salud mental, sin embargo, debemos tener en cuenta que estamos inmersos en la pandemia del COVID-19, en el que muchos trabajadores de salud tienen la preocupación de contagiar a sus seres queridos que viven en casa.

Nuestro último hallazgo fue que había asociación en el personal que había tenido contacto directo con pacientes COVID-19 y la sintomatología del estrés. Este resultado es similar a los estudios Boon et al(62) y Wenshi et al (63) donde nos deja en claro que ante la exposición del personal hay cierto efecto en este caso un efecto en la salud mental, donde se hace mención a la ansiedad, depresión y estrés por lo importante la intervención de estos ya sea mediante la misma institución y el apoyo familia. Asimismo, la población general debería ser informada para que tome conciencia de la situación desgastante que atraviesa el personal de salud.

El presente estudio tuvo como limitación el hecho que se haya usado una encuesta validada como tamizaje, pero no se está contando con el diagnóstico médico de las enfermedades sino solamente de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Así mismo, el desconocimiento sobre el estado inicial de los encuestados con respecto a los niveles de ansiedad, depresión y estrés antes del brote, es difícil decir con certeza en qué medida estos hallazgos pueden atribuirse a las circunstancias laborales durante la pandemia de coronavirus. Por otro lado, con respecto a la evaluación de la percepción del riesgo al COVID-19, el instrumento usado cuenta con pocos items por lo que podría no medir adecuadamente la percepción de riesgo, sin embargo, esta encuesta ha sido validada previamente y no se cuentan con otros instrumentos para este respecto disponibles en nuestros medios por lo que se usó la mejor herramienta disponible. Además, nuestros datos provienen de una encuesta transversal por lo que no se puede hacer inferencias causales y nuestros resultados no pueden ser generalizables a otros entornos de salud. Por último, los datos se recopilaron a través de un cuestionario de autoinforme, que corre riesgo de sesgo de respuesta en caso no se haya respondido con sinceridad.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIÓN:

GENERAL:

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.

ESPECIFICAS:

- No existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- No existe asociación entre variables sociodemográficas como edad, sexo y estado civil con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre contacto directo con pacientes COVID-19 y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- No existe asociación entre factores laborales como tipo de personal de salud, área laboral, grado académico, tiempo de empleo semanal, especialidad y turnos de guardia más de 12 horas con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre número de hijos y sintomatología de ansiedad en trabajadores de salud.
- No existe asociación entre factores familiares como número de personas que comparten vivienda, convive con pareja, tiene hijos, convive con hijos y convive con adulto mayor con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.
- Existe asociación entre comorbilidad y sintomatología de ansiedad en trabajadores de salud.
- No existe asociación entre el historial médico como consumo de tabaco y alcohol con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud.

6.2. RECOMENDACIONES:

- ❖ Promover el ingreso a programas virtuales en donde se imparta técnicas de relajación y manejo de estrés guiada por la participación de psicólogos para escuchar dificultades y brindar apoyo.
- ❖ Evaluar la salud mental del personal de salud sobretodo en aquellos que tienen alguna comorbilidad y que tengan contacto directo con pacientes COVID-19, mediante pruebas de tamizaje en forma periódica.
- ❖ Garantizar la disponibilidad de EPP para todos los trabajadores de salud expuestos a pacientes con COVID-19, como también su uso racional.
- ❖ Se recomienda profundizar las medidas que impidan una transmisión del COVID-19 hacia el personal de salud que están en contacto directo con pacientes con COVID-19. Por ejemplo, la creación de áreas de alojamiento conjunto en el hospital para aquellos trabajadores de salud que estén en mayor exposición con pacientes con COVID-19, procurando brindar todos los servicios para suplir necesidades básicas y cobertura de internet para la realización de videollamada a familiares con el objetivo de reducir el riesgo de contagio a los miembros de la familia más volubles como adulto mayores y niños, de esa forma poder tranquilizarlos y traer paz a sus vidas.
- ❖ Valorar el estado de salud mental de los trabajadores de la salud, para relacionar con certeza las circunstancias laborales
- ❖ Al ser un estudio transversal no puede realizarse inferencias sobre las causas que provocaron la depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de salud por lo que se sugiere realizar estudio de cohorte con los factores asociados desencadenantes como comorbididades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COVID-19 situation reports [Internet]. [citado 7 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [citado 7 de junio de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. GESTIÓN N. Coronavirus Minsa: lanzan alerta epidemiológica y a piden centros de salud prepararse para eventual segunda ola del COVID-19 nndc | PERU [Internet]. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2021 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-minsa-lanzan-alerta-epidemiologica-y-a-piden-centros-de-salud-prepararse-para-eventual-segunda-ola-del-covid-19-nndc-noticia/>

4. CDC. El COVID-19 y su salud [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/transmission/variant.html>
5. La ola de casos de coronavirus «sin precedentes» que azota a Reino Unido. BBC News Mundo [Internet]. [citado 15 de enero de 2021]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-55486296>
6. China to strengthen COVID-19 infection control in medical institutions - Xinhua | English.news.cn [Internet]. [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.xinhuanet.com/english/2020-05/01/c_139024176.htm
7. National survey shows dire shortages of PPE, hand sanitizer across the U.S. - APIC [Internet]. [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://apic.org/news/national-survey-shows-dire-shortages-of-ppe-hand-sanitizer-across-the-u-s/>
8. Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal durante la pandemia por COVID-19 en el Cauca | Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca [Internet]. [citado 14 de enero de 2021]. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1581>
9. Peraza de Aparicio CX, Peraza de Aparicio CX. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur*. junio de 2020;18(3):507-11.
10. Rios González CM, Rios González DN, Rios González CM, Rios González DN. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2072-81742020000200004&Ing=es&nrm=iso&tIng=es. *Rev Nac Itauguá*. diciembre de 2020;12(2):4-15.
11. Lozano-Vargas A, 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 Neuro-Psiquiatr*. enero de 2020;83(1):51-6.
12. 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*. 02 de 2020;3(3):e203976.
13. Cheng W-J, Cheng Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. *J Formos Med Assoc*. 1 de abril de 2017;116(4):300-5.
14. Phua DH, Tang HK, Tham KY. Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. abril de 2005;12(4):322-8.
15. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *Can J Psychiatry*. 1 de abril de 2007;52(4):233-40.

16. Senga M, Pringle K, Ramsay A, Brett-Major DM, Fowler RA, French I, et al. Factors Underlying Ebola Virus Infection Among Health Workers, Kenema, Sierra Leone, 2014-2015. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 15 de 2016;63(4):454-9.
17. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus - (COVID-19) 22 de mayo de 2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 15 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-22-mayo-2020>
18. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* [Internet]. 26 de marzo de 2020 [citado 8 de junio de 2020];368. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1211>
19. Fernandes MA, Ribeiro AA de A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Rev Cuid* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 8 de junio de 2020];11(2). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/1222>
20. Xu J, Xu Q, Wang C, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* 1 de junio de 2020;288:112955.
21. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom.* 9 de abril de 2020;1-9.
22. Ni MY, Yang L, Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Health.* 12 de mayo de 2020;7(5):e19009.
23. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L, Odone A, Signorelli C, et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Bio-Medica Atenei Parm.* 11 de mayo de 2020;91(2):83-8.
24. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open.* 01 de 2020;3(5):e2010185.
25. Jin Y-H, Huang Q, Wang Y-Y, Zeng X-T, Luo L-S, Pan Z-Y, et al. Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Mil Med Res.* 11 de mayo de 2020;7(1):24.

26. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 1 de junio de 2020;288:112936.
27. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 5 de marzo de 2020;26:e923549-1-e923549-8.
28. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun [Internet].* 30 de marzo de 2020 [citado 6 de junio de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482>
29. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 1 de agosto de 2020;290:113129.
30. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020;192-5.
31. Liu C-Y, Yang Y-Z, Zhang X-M, Xu X, Dou Q-L, Zhang W-W, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.* 20 de 2020;148:e98.
32. Sun D, Yang D, Li Y, Zhou J, Wang W, Wang Q, et al. Psychological impact of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak in health workers in China. *Epidemiol Infect.* 20 de 2020;148:e96.
33. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry [Internet].* 14 de abril de 2020 [citado 7 de junio de 2020];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7171048/>
34. Dratva J, Zysset A, Schlatter N, von Wyl A, Huber M, Volken T. Swiss University Students' Risk Perception and General Anxiety during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* enero de 2020;17(20):7433.
35. Kuang J, Ashraf S, Das U, Bicchieri C. Awareness, Risk Perception, and Stress during the COVID-19 Pandemic in Communities of Tamil Nadu, India. *Int J Environ Res Public Health.* enero de 2020;17(19):7177.
36. Amin F, Sharif S, Saeed R, Durrani N, Jilani D. COVID-19 pandemic-knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. *BMC Psychiatry.* diciembre de 2020;20(1):459.

37. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Internet]. [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
38. How the new coronavirus differs from SARS, measles and Ebola – The Washington Post | | News [Internet]. 2020 [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: <https://news.sellorbuyhomefast.com/index.php/2020/01/24/how-the-new-coronavirus-differs-from-sars-measles-and-ebola-the-washington-post/>
39. 20200308-sitrep-48-covid-19.pdf [Internet]. [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200308-sitrep-48-covid-19.pdf?sfvrsn=16f7ccef_4.
40. 20200613-covid-19-sitrep-145.pdf [Internet]. [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200613-covid-19-sitrep-145.pdf?sfvrsn=bb7c1dc9_2
41. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the U.S. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>
42. AE017.pdf [Internet]. [citado 13 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2020/AE017.pdf>
43. RM_375-2020-MINSA.pdf [Internet]. [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/829755/RM_375-2020-MINSA.PDF
44. Organization WH. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. 2020 [citado 14 de junio de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>
45. WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf [Internet]. [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf
46. Coia JE, Ritchie L, Adisesh A, Makison Booth C, Bradley C, Bunyan D, et al. Guidance on the use of respiratory and facial protection equipment. *J Hosp Infect.* 1 de noviembre de 2013;85(3):170-82.
47. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.

48. sadock, benjamin j. / sadock, virginia a. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatria 11a. wolters kluwer; 2015. 1460 p.
49. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 13 de mayo de 2003;168(10):1245-51.
50. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [citado 15 de junio de 2020]. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/15283534>
51. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv Wash DC.* septiembre de 2004;55(9):1055-7.
52. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* junio de 1998;10(2):176-81.
53. Mejia C, Rodriguez-Alarcon J, Apaza-Sucaticona E, Montoya K, Inga-Berrosapi F, Grandez-Urbina J, et al. Perception of safety regarding COVID-19 protection measures in Peruvian resident physicians: Validation of an instrument. 2021.
54. Muñoz-Fernández S, Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R, Sánchez-Guerrero O, Esquivel-Acevedo J. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex.* 2020;41(S1):127-37.
55. 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.* 23 de marzo de 2020;3(3):e203976.
56. Department of Post-Harvest Technology and Marketing, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh, Sayeed A, Kundu S, Department of Biochemistry and Food Analysis, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh, Al Banna MdH, Department of Food Microbiology, Patuakhali Science and Technology University, Patuakhali, Bangladesh 4 Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA, et al. MENTAL HEALTH OUTCOMES OF ADULTS WITH COMORBIDITY AND CHRONIC DISEASES DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A MATCHED CASE-CONTROL STUDY. *Psychiatr Danub.* 24 de diciembre de 2020;32(3-4):491-8.
57. Arnetz JE, Goetz CM, Sudan S, Arble E, Janisse J, Arnetz BB. Personal Protective Equipment and Mental Health Symptoms Among Nurses During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* noviembre de 2020;62(11):892-7.

58. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):242-50.
59. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID -19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract.* diciembre de 2020;26(6):1583-7.
60. Xu J, Xu Q, Wang C, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* junio de 2020;288:112955.
61. Chen J, Liu X, Wang D, Jin Y, He M, Ma Y, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* enero de 2021;56(1):47-55.
62. Ng B, Nuratiqah N, Faisal A, Soo C, Low H, Najma K, et al. A descriptive study of the psychological experience of health care workers in close contact with a person with COVID-19. - Abstract - Europe PMC. 75(5):485-9.
63. Wu W, Zhang Y, Wang P, Zhang L, Wang G, Lei G, et al. Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. *J Med Virol.* octubre de 2020;92(10):1962-70.

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "PERCEPCIÓN DE RIESGO AL COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL DE CHANCAY EN EL PERIODO JULIO A AGOSTO DEL 2020 ", que presenta la estudiante HILLARY LIZBETH GUILLEN VIDARTE, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



Dr. Dante Quiñones Laveriano
ASESOR DE LA TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, lunes 05 de abril de 2021.

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de la estudiante de Medicina Humana, Hillary Lizbeth Guillen Vidarte, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Dante Quinoñes Laveriano
ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR SECRETARIA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ELICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 044-2016-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°702-2021-FMH-D

Lima, 03 de mayo de 2021

Señorita

HILLARY LIZBETH GUILLEN VIDARTE

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de tesis "PERCEPCIÓN DE RIESGO AL COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL DE CHANCAY EN EL PERIODO JULIO A AGOSTO DEL 2020." Presentado ante la facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el consejo de Facultad en sesión de fecha 28 de abril de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurape Chico.
Secretaria Académica

ANEXO 04 CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA



"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA

La que suscribe, Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S., Lic. Gest. MARÍA ANGELICA CALDERÓN PABLO.

CERTIFICA:

Que, HILLARY LIZBETH GUILLEN VIDARTE, con DNI N° 76273119, estudiante de la Facultad de Medicina Humana "Manuel Huamán Guerrero" de la Universidad Ricardo Palma, ha sido autorizado para recolectar datos en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López", para su proyecto de investigación titulado **PERCEPCIÓN DE RIESGO AL COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL DE CHANCAY EN EL PERIODO JULIO A AGOSTO DEL 2020 EN LIMA, PERÚ.**

Se expide la presente a solicitud del Interesado, para los fines que estime pertinentes.

Chancay, 03 de agosto del 2020

Cc: Archivo

Calle Mariscal Sucre S/N Chancay. Teléfono: 377-1941, 377-1037-Anexo 118
www.hospitaldechancay.gob.pe

ANEXO 05 : ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



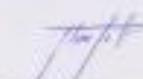
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "Percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chaacay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú" que presenta la Señorita HILLARY LIZBETH GUILLEN VIDARTE para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:



Dr. Alonso Soto Tarazona
PRESIDENTE



Dr. Gino Patrón Ordóñez
MIEMBRO



Dr. Felix Llanos
MIEMBRO



Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
Director de Tesis



Dr. Dante Manuel Quiñones Laveriano
Asesor de Tesis

Lima, 03 de Mayo de 2021

ANEXO 06 REPORTE ORIGINAL DEL TURNITING

Percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú

INFORME DE ORIGINALIDAD

14% INDICE DE SIMILITUD	13% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	5% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	proyectoscti.concytec.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	www.enfervescente.com Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	psiquiatria.com Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Autónoma de Aguascalientes Trabajo del estudiante	1%
10	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
12	www.einstein.br Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo

ANEXO 07 : CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

HILLARY LIZBETH GUILLEN VIDARTE

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

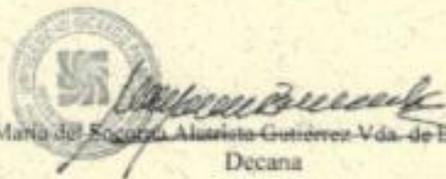
PERCEPCIÓN DE RIESGO AL COVID-19 Y SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL DE CHANCAY EN EL PERIODO JULIO A AGOSTO DEL 2020

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Titulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 30 de abril de 2021



De La Cruz Vargas
Presidente del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alvarado Gutiérrez Vda. de Bumbaren
Decana

ANEXO 08 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS DE DATOS
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cómo se asocia la percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL: Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.</p>	<p>Variable dependiente: -Depresión - Ansiedad - Estrés Variables independientes : -Edad -Sexo -Estado Civil -Número de personas que comparte vivienda -Convive con pareja -Tiene hijos -Número de hijos -Convive con hijos</p>	<p>Estudio transversal, observacional, analítico</p>	<p>De un total un total aproximado de 588 que laboraban se seleccionó 160 trabajadores de salud de manera aleatoria.</p>	<p>La técnica de recolección de datos y el instrumento fue una encuesta que luego se agregó a una base de datos a través de la herramienta de formulario de Google.</p>	<p>programa estadístico Stata v14</p>
<p>¿Cuál es la prevalencia de depresión de las mujeres del personal de salud expuestas a los pacientes COVID-19 en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima,</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Determinar la prevalencia de depresión que laboren expuestas a los pacientes COVID-</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICAS: Es alta la prevalencia de depresión que laboran expuestas a los pacientes</p>					

Perú?	19 en el hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	COVID-19 en el hospital de Chancay .	-Convive con adultos mayores -Tipo de personal de salud				
¿Cuál es la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y la depresión en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú?	Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y la depresión en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y la depresión en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	-Área laboral -Grado académico -Trabaja directamente personas COVID-19 -Tiempo de empleo semanal -Turnos de guardia mayor de 12 horas				
¿Cuál es la asociación entre percepción de riesgo al COVID-19 y la ansiedad en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú?	Determinar la asociación entre percepción de riesgo al COVID-19 y la ansiedad en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	Existe asociación entre percepción de riesgo al COVID-19 y la ansiedad en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	-Comorbilidades -Consumo de tabaco -Consumo de alcohol -Percepción de exposición al riesgo de COVID-19 -Especialidad				

Agosto del 2020 en Lima, Perú?	Agosto del 2020 en Lima, Perú.						
¿Cuál es la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y el estrés en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú?	Determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y el estrés en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.	Existe asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 y el estrés en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú.					

ANEXO 09: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE: RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Sintomatología de depresión(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Depresión:</i> 5-6 Leve 7-10 Moderada 11-13 Severa 14 o más, Extremadamente severa.
Sintomatología de ansiedad(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Ansiedad:</i> 4 Leve 5-7 Moderada 8-9 Severa 10 o más, Extremadamente severa.
Sintomatología de estrés(52)	El puntaje obtenido en la escala de depresión, ansiedad y estrés, en inglés: depression anxiety and stress scale - 21 (dass-21)-Escala de Dass 21	Ordinal politómica	Dependiente/ Cualitativa	<i>Síntomas de Estrés:</i> 8-9 Leve 10-12 Moderado 13-16 Severo 17 o más, Extremadamente severo

Percepción de riesgo al COVID-19(53)	<p>Escala Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores</p> <p>Puntaje de la escala Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores</p>	Razón discreta	Independiente /Cuantitativo	Puntos
Edad del personal de salud	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta medida en años(años de vida)	Razón continua	Independiente/ Cuantitativa	Edad en años
Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, indicado en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	<p>1.Si</p> <p>2.No</p>
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Estado civil indicado en la encuesta	Ordinal politómica	Independiente/ Cualitativa	<p>1.Soltera</p> <p>2.Casada</p> <p>3.Divorciada</p> <p>4.Conviviente</p>
Convive con pareja	Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con su pareja actual dentro de casa respondida en la encuesta. Según lo indicado en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	<p>1.Si</p> <p>2.No</p>

Número de personas que comparte vivienda	Cantidad de personas con las que la persona encuestada vive en un hogar respondida en la encuesta	Razón discreta	Independiente /Cuantitativa	Número de personas
Tiene hijos	Situación actual del encuestado respecto si tiene, respondida en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Número de hijos	Cantidad de hijos con las que la persona encuestada vive en un hogar respondida en la encuesta	Razón discreta	Independiente/ Cuantitativa	Número de hijos
Convive con adultos mayores	Situación actual del encuestado con respecto a la convivencia con adultos mayores respondida en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Tipo personal de salud	Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud, según lo indicado en la encuesta	Ordinal politómica	Independiente/ Cualitativa	1.Médico 2.Enfermera 3. Químico farmacéutica 4.Obstetra 5.Técnica enfermería
Tiempo de empleo a la semana	Tiempo de empleo, indicado en la encuesta	Razón continua	Independiente/ Cuantitativa	Horas de trabajo a la semana
Guardia mayor igual a 12 horas	Tiempo mayor de doce horas durante guardias, según lo respondido en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	1.Si 2.No
Consumo de tabaco	Es el consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, pipas y otros. Indicado en la encuesta virtual	Nominal dicotómica	Independiente/ Cualitativa	1.Si 2.No

Consumo de alcohol	Es el consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte. Indicado en la encuesta virtual	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. Enfermedades de fondo, indicado en la encuesta.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Hipertensión 2.Diabetes 3.Asma 4.Infarto 5.Migraña 6.Otro
Trabaja directamente con personas con COVID-19	Según el parecer del encuestado tiene contacto directo con el diagnóstico de COVID-19 o potencialmente infectados con COVID-19	Nominal dicotómica	Independiente /Cualitativa	1.Si 2.No
Grado académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Residente 2.Asistente 3.CAS 4.Tercero 5.Otros
Especialidad	Área dentro del campo laboral, en el que se especializa el personal de salud	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Internista 2.Cirugano 3.Pediatra 4.Ginecologo 5.Otros
Área Laboral	El ámbito laboral se refiere al espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores.	Ordinal politómica	Independiente /Cualitativa	1.Medicina General 2.Cirugía 3.Ginecoobstetricia 4.Pediatría 5.UCI 6.Otros

ANEXO 10 :FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<p>Estimado personal de salud, mi nombre es Hillary Lizbeth Guillen Vidarte, soy estudiante de medicina de último año de la Universidad Ricardo Palma y estoy realizando mi trabajo de tesis, cuyo objetivo es determinar la asociación entre la percepción de exposición al riesgo de COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay, durante los meses de Julio a Agosto del año 2020, Lima, Perú.</p> <p>Para lo cual requiero de su gentil y voluntaria colaboración, las respuestas dadas en este cuestionario son totalmente anónimas, no se consignará ningún dato que permita su identificación. Esta información será usada sólo con fines científicos.</p> <p>Con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar. Si tiene duda o consulta al cuestionario puede comunicarse conmigo:</p>			
Correo: hillary.guillen@urp.edu.pe		N° de celular: 942944107	
1. Edad del encuestado en años			
2. Sexo		<i>Masculino</i>	
		<i>Femenino</i>	
3. Estado civil		<i>Soltero (a)</i>	
		<i>Casado(a)</i>	
		<i>Conviviente</i>	
		<i>Viudo(a)</i>	
		<i>Divorciado (a)</i>	
4. ¿Con cuantas personas comparte la vivienda?			
5. ¿Convive con pareja?		<i>Si</i>	
		<i>No</i>	
6. ¿Tienes hijos?		<i>Si</i>	
		<i>No</i>	
		<i>Si la respuesta es sí ¿Vives con ellos?</i>	
		<i>Si la respuesta fue sí ¿Cuántos hijos tiene?</i>	
		<i>Si</i>	
		<i>No</i>	
7. ¿Tiene familiares adulto mayores en casa?		<i>Sí</i>	
		<i>No</i>	
8. Personal que realiza la encuesta:			
<i>Médico</i>		<i>Químico farmacéutico (a)</i>	
<i>Enfermera</i>		<i>Técnica de enfermería</i>	
<i>Obstetra</i>		<i>Otros:</i>	
9. Especialidad		<i>Internista</i>	
		<i>Cirujano</i>	
		<i>Pediatra</i>	
		<i>Ginecólogo</i>	
		<i>Otros:.....</i>	
10. ¿En qué área trabaja?		<i>Medicina General</i>	
		<i>Cirugía</i>	
		<i>Ginecoobstetricia</i>	

	Pediatría					
	UCI					
	Otro:					
11. Grado académico	Residente					
	Asistente					
	Nombrado					
	CAS					
	Tercero					
	Otro :.....					
12. ¿Trabaja directamente con personas COVID -19?	Sí					
	No					
13. ¿Cuántas horas por semana trabaja?						
14. ¿Realiza turnos de guardia de 12 horas o más?	Sí					
	No					
15. Historial medico	16. Comorbilidades	Hipertensión				
		Diabetes				
		Asma				
		Infarto				
		Migraña				
		Otros:				
	17. Hábitos	18. ¿Consume tabaco?	No fuma ()			
			Fuma ()			
			Dejo de fumar, hace __ años			
		19. ¿Consume alcohol?	Si fuma o fumaba, cuántos cigarrillos por semana:___			
			No bebe ()			
			Bebe ()			
		Dejo de beber hace __ años				
		Si bebe o bebía, cuántos vasos/cortos por semana:___				
Por favor lea las siguientes afirmaciones de percepción sobre medidas de seguridad y exposición al riesgo de COVID -19 , indique cual es más acorde a su realidad.						
A : Muy de acuerdo B: De acuerdo C: Indiferente D: En desacuerdo E: Muy en desacuerdo						
	A	B	C	D	E	
20.-Considero que conozco los protocolos de atención de pacientes diagnosticados de COVID-19.						
21.-Considero que empleo correctamente la técnica de colocación de respirador N95.						

22.-Considero que mi conocimiento en medidas de seguridad pone en riesgo a mis compañeros de trabajo.					
23.-Considero que por mis condiciones del trabajo me expongo a un mayor riesgo de contagio en mi centro laboral.					

<i>Lea las siguientes afirmaciones, que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada.</i>					
A : No me ha ocurrido B: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo C: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo D: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo					
	A	B	C	D	
24.-Me ha costado mucho descargar la tensión					
25.-Me di cuenta que tenía la boca seca					
26.-No podía sentir ningún sentimiento positivo					
27.-Se me hizo difícil respirar					
28.-Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas					
29.-Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones					
30.-Sentí que mis manos temblaban					
31.-He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía					
32.-Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo					
33.-He sentido que no había nada que me ilusionara					
34.-Me he sentido inquieto					
35.-Se me hizo difícil relajarme					
36.-Me sentí triste y deprimido					
37.-No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo					
38.-Sentí que estaba al punto de pánico					
39.-No me pude entusiasmar por nada					
40.-Sentí que valía muy poco como persona					
41.-He tendido a sentirme enfadado con facilidad					
42.-Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico					
43.-Tuve miedo sin razón					
44.-Sentí que la vida no tenía ningún sentido					

