



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el año 2020

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Apaza Llantoy, Katherine Danae (<https://orcid.org/0000-0001-6729-8698>)

ASESORA

Mg. Correa López, Lucy Elena (<https://orcid.org/0000-0001-7892-4391>)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autora

AUTORA: Apaza Llantoy, Katherine Danae

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 73148959

Datos de asesora

ASESORA: Mg. Correa López, Lucy Elena

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 42093082

Datos del jurado

PRESIDENTE (Dra. Luna Muñoz, Consuelo del Rocío, 29480561, <https://orcid.org/0000-0001-9205-2745>)

MIEMBRO (MC Quiñones Laveriano, Dante Manuel, 46174499, <https://orcid.org/0000-0002-1129-1427>)

MIEMBRO (Mg. Espinoza Rojas, Rubén, 10882248, <https://orcid.org/0000-0002-1459-3711>)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mis padres, por la confianza y apoyo incondicional;

A mis amigos, por su apoyo constante;

A quienes dedican su vida a salvar la vida de los demás;

Y a Dios y a la Virgen, por guiarme siempre.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen por brindarme fortaleza en todo momento.

A mis padres, por su apoyo incondicional y por la oportunidad de cumplir mis sueños, son mi motivación constante de superación, quienes me impulsan cada día a ser mejor, a creer en mí y a poder lograr mis metas.

A amigos que me brindaron su apoyo constante y desinteresado, dándome ánimos y consejos cada día. A familiares y amigos que me apoyaron en la recolección de datos y en cualquier dificultad en la realización del estudio.

A profesores y mentores que me otorgó la carrera dentro y fuera del país, por los conocimientos y consejos brindados, por enseñarme con el ejemplo a ser una buena profesional y mejor persona, manteniendo responsabilidad y calidad humana.

A mi asesora de tesis Mg. Lucy Correa, por el apoyo, tiempo y dedicación brindados durante el desarrollo del presente trabajo.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, por ser la base de mi enseñanza y formación profesional.

RESUMEN

Introducción: El personal policial está expuesto a situaciones de alto impacto psicoafectivo y psicosociales, afectando el desempeño laboral, durante el cumplimiento de medidas por la pandemia COVID-19.

Objetivo: Determinar los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020.

Métodos: Se encuestó a 210 policías, personal de armas de la Policía Nacional del Perú, en octubre del año 2020. La medición de las variables psicoafectivas: estrés, ansiedad y depresión, se realizó mediante la escala DASS-21. Los datos obtenidos fueron analizados con los programas estadísticos SPSS versión 25 y STATA versión 16.1. La independencia entre variables se comprobó mediante la obtención de razones de prevalencia crudas y ajustadas. Se consideró un intervalo de confianza mayor a 95% y una precisión $p \leq 0.05$.

Resultados: En la presente investigación, se obtuvo una muestra de 210 participantes. El 69.0% de la muestra fueron varones, el 54.8% tuvo más de 40 años de edad, y el 41.0% tuvo diagnóstico de COVID-19 positivo. Las prevalencias de estrés, ansiedad y depresión fueron del 7.6%, 10.0% y 11.4%. El número de hijos y el antecedente patológico se asociaron significativamente a la ansiedad en el análisis bivariado. Mientras que, en el análisis multivariado se encontró asociación entre edad y depresión; y entre situación sentimental, COVID-19 y antecedente patológico con el estrés.

Conclusiones: Los trastornos psicoafectivos: estrés, ansiedad y depresión tuvieron prevalencias bajas en policías de Lima, Perú.

Palabras clave: Salud mental, estrés psicológico, ansiedad, depresión, policía, COVID-19. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Police personnel are exposed to situations with a high psycho-affective and psychosocial impact, affecting job performance, during compliance with measures due to the COVID-19 pandemic.

Objective: To determine the factors associated with stress, anxiety and depression due to COVID-19 in police personnel during the period of October 2020.

Methods: 210 police officers, weapons personnel of the National Police of Peru, were surveyed in October 2020. The measurement of the psycho-affective variables: stress, anxiety and depression, was carried out using the DASS-21 scale. The data obtained were analyzed with the statistical programs SPSS version 25 and STATA version 16.1. The independence between variables was verified by obtaining crude and adjusted prevalence ratios. A confidence interval greater than 95% and a precision of $p \leq 0.05$ were considered.

Results: In the present investigation, a sample of 210 participants was obtained. 69.0% of the sample were male, 54.8% were over 40 years old, and 41.0% had a positive COVID-19 diagnosis. The prevalences of stress, anxiety and depression were 7.6%, 10.0% and 11.4%. The number of children and the pathological history were significantly associated with anxiety in the bivariate analysis. While, in the multivariate analysis, an association was found between age and depression; and between a sentimental situation, COVID-19 and a pathological antecedent with stress.

Conclusions: Psycho-affective disorders: stress, anxiety and depression had low prevalences in police officers from Lima, Peru.

Keywords: Mental health, psychological stress, anxiety, depression, police, COVID-19. (DeCS)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
1 CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2 BASES TEÓRICAS	18
2.2.1 ESTRÉS	18
2.2.2 ANSIEDAD	20
2.2.3 DEPRESIÓN	22
2.2.4 COVID-19	24
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	26
3 CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	27
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	27
4 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
4.2.1 POBLACIÓN	28
4.2.2 TAMAÑO DE MUESTRA Y SELECCIÓN DE MUESTRA	28
4.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA	28
4.2.3.1 Criterios de inclusión	28
4.2.3.2 Criterios de exclusión	29

4.3	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.5	RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.6	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	33
5	CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
5.1	RESULTADOS	33
5.2	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
6	CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1	CONCLUSIONES	48
6.2	RECOMENDACIONES	49
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
8	ANEXOS	60
8.1	ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	60
8.2	ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	61
8.3	ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	63
8.4	ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	65
8.5	ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	66
8.6	ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	68
8.7	ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO-TALLER	69
8.8	ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	71
8.9	ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74
8.10	ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	76
8.11	ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	86

ANEXOS

- ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS
- ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS
- ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA
- ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
- ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS
- ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN
- ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO-TALLER
- ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA
- ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
- ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS
- ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

LISTA DE TABLAS

- | | |
|--|----|
| Tabla N°1: Características generales de la población estudiada. | 34 |
| Tabla N°2: Comparación de frecuencias de las variables estrés, ansiedad y depresión según los factores estudiados en policías de Lima, Perú. | 37 |
| Tabla N°3: Análisis bivariado entre las variables de estudio y el nivel de estrés, ansiedad y depresión en policías de Lima, Perú. | 38 |
| Tabla N°4: Análisis multivariado entre las variables de estudio y el nivel de estrés, ansiedad y depresión en policías de Lima, Perú. | 40 |

LISTA DE GRÁFICOS

- | | |
|---|----|
| Gráfica 1. Distribución según la variable nivel de estrés. | 35 |
| Gráfica 2. Distribución según la variable nivel de ansiedad. | 35 |
| Gráfica 3. Distribución según la variable nivel de depresión. | 36 |

INTRODUCCIÓN

El personal policial está expuesto a situaciones de alto impacto psicoafectivo que afectan el desempeño laboral y diferentes aspectos psicosociales. La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 podría perjudicar su salud física y mental⁽¹⁾.

En los Capítulos I, II y III se incluyen el planteamiento del problema, la justificación del estudio, los objetivos y el marco teórico, en donde se engloban los antecedentes de estudios realizados en el Perú y en el extranjero, así como las bases teóricas que describen los conceptos relacionados al presente estudio.

El Capítulo IV muestra la Metodología del estudio, que hace referencia de las características del tipo de estudio y de la población incluida, además se da detalles del instrumento de medición (Escala DASS-21) y del procesamiento de los datos obtenidos.

En el Capítulo V se presentan los resultados del estudio haciendo uso de tablas y gráficas; también se incluye la discusión, en donde se mencionan similitudes y diferencias entre los resultados conseguidos en el estudio y lo hallado en diversas investigaciones.

El Capítulo VI engloba las conclusiones y recomendaciones que se consideraron al tener en cuenta los objetivos planteados en el estudio y los resultados obtenidos.

1 CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que en diciembre del 2019 se notificó casos de neumonía causados por el nuevo coronavirus en Wuhan, China, el brote comenzó a propagarse rápidamente convirtiéndose en una amenaza para la salud a nivel mundial^(2,3). Para fines de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 (Coronavirus disease 2019) como una Emergencia de salud pública con relevancia a nivel internacional⁽⁴⁾. Según el reporte de situación de la OMS, hasta el 25 de setiembre del 2020, a nivel mundial se reportó 33 110 656 casos confirmados y 980 031 muertes por COVID-19⁽⁵⁾.

Debido a la rápida propagación del virus muchas jurisdicciones han dado órdenes de mantenerse en casa, han creado directivas de distanciamiento social y han limitado el trabajo a funciones esenciales⁽¹⁾. Si bien estas estrategias en muchos casos han logrado frenar el aumento exponencial de casos de COVID-19, causó un gran impacto en la salud mental, un estudio que evaluó esto en la India encontró la prevalencia de depresión y ansiedad en 10.6% y 38.2%, respectivamente⁽⁶⁾. Estudios recientes concluyeron que la pandemia del COVID-19 y la cuarentena han causado un impacto psicológico negativo y se incrementaron los niveles de angustia, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión e insomnio⁽⁷⁾.

La OMS y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19. Sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en la población⁽⁸⁾. Según la OMS, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad⁽⁹⁾.

En China, el 53.8% calificó de moderado a severo el impacto psicológico debido al COVID-19; además, se realizó un estudio en la fase inicial del brote de COVID-19 para evaluar el

nivel de este impacto psicológico considerando estrés, ansiedad y depresión. Se encontró porcentajes de estrés, ansiedad y depresión de 32.1%, 36.4% y 30.3%, respectivamente; y de ellos se observó que el 8.1% refirió presentar estrés en niveles de moderado a severo, el 28.8% refirió presentar síntomas de ansiedad que iban de moderados a graves y el 16.5% refirió síntomas depresivos que iban de moderados a graves.⁽¹⁰⁾

A fines de marzo del 2020, en EEUU se registró que alrededor del 25.0% de adultos encuestados cumplía con los criterios clínicos de depresión, y el nivel promedio de ansiedad presentado fue leve⁽¹¹⁾. En el mismo país, se encontró que un aumento prolongado de estrés e incertidumbre en la policía durante la pandemia causó un impacto en los indicadores de su desempeño laboral⁽¹⁾. En la segunda semana de marzo, en España se registró una prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en porcentajes de 23.7%, 26.0% y 18.9%, respectivamente⁽¹²⁾.

A nivel de Latinoamérica, en la fase inicial de la pandemia en Argentina, como parte del impacto en la salud mental de la población destacaron los sentimientos de miedo, incertidumbre y angustia⁽¹³⁾.

En Perú, hasta el 25 de setiembre del 2020, se reportaron 800 142 casos y 32 142 fallecidos por COVID-19⁽¹⁴⁾. En el año 2015, se reportó que en la sierra urbana, selva urbana y ciudades fronterizas hubo alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático (12.8%, 8.9% y 6.7%, respectivamente) y de episodio depresivo de moderado a severo (16.2%, 21.4% y 17.1%, respectivamente)⁽¹⁵⁾. En el año 2016, en el personal policial de Arequipa se presentaron niveles de estrés bajo, medio y alto en porcentajes de 23.9%, 69.7% y 6.3%, respectivamente⁽¹⁶⁾. En el año 2013, en Lima se registró trastorno de ansiedad generalizada y depresión en porcentajes de 10.6% y 16.4%, respectivamente⁽¹⁷⁾. Por lo que este tema es muy importante para el desarrollo de esta investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020?

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

Se encontró que este trabajo de investigación está relacionado con el Problema sanitario: Salud mental.

Además, pertenece a la décima línea de investigación de la Universidad Ricardo Palma del período 2021-2025 ubicado en el área de conocimientos de Medicina; denominado “Salud mental”.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde que comenzó a propagarse el COVID-19, ha venido generando desafíos que requieren una intervención importante a nivel de la salud mental, ya que los brotes repentinos suelen causar un impacto tanto físico como social y mental^(11,18,19).

En diversos estudios, respecto al estado de salud mental frente al COVID-19, destacaron sentimientos negativos como miedo, incertidumbre, angustia y síntomas de estrés, ansiedad y depresión; este impacto psicológico puede afectar la comprensión, atención y capacidad de toma de decisiones en los trabajadores, lo cual dificulta su desempeño laboral y su bienestar a largo plazo^(1,10,11,19,20). Se ha demostrado que las medidas restrictivas dadas para contrarrestar la propagación del COVID-19 ha dado lugar a resultados psicológicos negativos importantes, como por ejemplo un aumento en niveles de angustia y ansiedad, que pueden ser debido al distanciamiento y el cambio en la comunicación interpersonal^(7,21).

La pandemia del COVID-19 también puede afectar la salud mental del personal policial, quienes experimentan un alto riesgo de presentar diferentes trastornos psicoafectivos debido a factores como la constante amenaza que representa la exposición al virus y mantener el cumplimiento del distanciamiento social^(1,22). Es por todo ello que es muy importante brindar un mayor apoyo psicosocial a este sector de la población, sobre todo a quienes se encuentran en primera línea en relación a los expuestos al COVID-19⁽²⁰⁾.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación de la edad con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.
- Establecer la asociación del sexo con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.
- Identificar la asociación de la situación sentimental con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.
- Determinar la asociación del número de hijos con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.
- Identificar la asociación del diagnóstico de COVID-19 con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.
- Conocer la asociación del antecedente patológico con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales:

- Del artículo de investigación realizado por Castro⁽¹⁹⁾, en Colombia, publicado el año 2012 y que titula “Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales”, se describe que el estudio fue realizado en 171 policías pertenecientes a una Escuela de Investigación Criminal, en quienes se buscó

identificar el estado de salud física y mental que presentaban. La mayoría (76.6%) percibió tener una buena salud, y mencionan que entre las situaciones que les genera mayor estrés están el tiempo de servicio y las largas horas de trabajo, pero que estas no se asociaron a sus problemas de salud.

- En el estudio realizado por Polo⁽²³⁾, en Brasil, publicado el año 2015 y que titula “Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Policias Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde”, se evaluó la prevalencia de trastornos mentales y de conducta (TMC) en Policía Militar con Licencia para la Atención de la Salud. Se encontró que el 24.0% presentó algún TMC, sobre todo los trastornos somatomorfos y los relacionados con el estrés. Y se evidencia que a menor tiempo de servicio se presenta mayor porcentaje de TMC.
- El estudio llevado a cabo por Son⁽²⁴⁾, en Corea del Sur, publicado el año 2018 y que titula “Examination of Hospital Workers’ Emotional Responses to an Infectious Disease Outbreak: Lessons From the 2015 MERS Co-V Outbreak in South Korea”, analizó datos obtenidos en relación al brote del Síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS CoV) del año 2015, y se reportó que en el personal de salud que atendía a pacientes con sospecha de coronavirus aumentaron errores laborales, faltas injustificadas y estrés. También se reportó ansiedad y temor en quienes pensaron que podrían infectarse con MERS y transmitir el virus a personas cercanas.
- En una investigación realizada por Wang⁽¹⁰⁾, en China, publicada el año 2020 y que titula “Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China”, se evidenció que a inicios del brote de COVID-19 en China el 53.8% de la población encuestada refirió un impacto psicológico de moderado a severo, y en esos niveles, el 16.5% refirió síntomas depresivos, el 28.8% experimentó ansiedad y el 8.1% presentó estrés. Los factores asociados a un mayor impacto psicológico fueron el sexo femenino, nivel educativo y síntomas como mialgia, mareos y tos.

- En un estudio realizado por Fitzpatrick⁽¹¹⁾, en Estados Unidos, publicado el año 2020 y que titula “Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America’s mental health”, se realizó una encuesta en marzo del 2020 y se encontró que quienes presentaron mayores niveles de temor y preocupación fueron las mujeres, los hispanos, los asiáticos, las personas con niños en casa y los inmigrantes o extranjeros. Y también se refieren en mayor frecuencia síntomas de depresión (25.0%) y en promedio se encontró ansiedad leve, aunque en el 12.0% se encontró ansiedad grave.

- En una investigación llevada a cabo por Johnson⁽¹³⁾, en Argentina, publicada el año 2020 y que titula “Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina”, mediante preguntas abiertas se evaluó los sentimientos y las expectativas en el periodo inicial del COVID-19. Entre los sentimientos negativos destacaron incertidumbre, angustia y miedo; y entre las consecuencias positivas destacaron solidaridad y conciencia. Se observó mayor proporción de miedo en personas con bajo nivel educativo, y mayor proporción de miedo, angustia y responsabilidad en las mujeres.

- En un estudio realizado por Forte⁽¹⁸⁾, en Italia, publicado el año 2020 y que titula “The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population”, se evaluó el impacto psicológico en italianos debido al COVID-19 a inicios de la pandemia. Se encontró que esta población experimentó ansiedad y trastorno de estrés postraumático en porcentajes de 37.2% y 27.7%. Los factores de riesgo de ansiedad fueron más altos en mujeres (OR 3.10; 95%CI 2.47-3.89), en menores de 50 años de edad (OR > 1.47), en estudiantes universitarios (OR 1.68; 95%CI 1.05-2.68) y en quienes sospechan haber tenido contacto directo con infectados con COVID-19 (OR 1.30, 95%CI 1.09-1.55).

- En un estudio llevado a cabo por Stogner⁽¹⁾, en Estados Unidos, publicado el año 2020 y que titula “Police Stress, Mental Health, and Resiliency during the COVID-19 Pandemic”, se planteó que la vigilancia del COVID-19 puede ser un factor de estrés importante en los policías, y se evaluó el impacto de la pandemia del COVID-19 en

su salud mental y su capacidad de resiliencia. Se refiere que, durante la pandemia, la policía está enfrentándose a una constante exposición ante el virus, largas horas de trabajo, requerimiento de mantener el cumplimiento del distanciamiento social y percepción de falta de apoyo público, los cuales pueden llevar a estrés crónico.

- En un estudio realizado por Grover⁽⁶⁾, en India, publicado el año 2020 y que titula “Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India”, se evaluó el impacto psicológico causado por el aislamiento debido a la pandemia del COVID-19 en el mes de abril del 2020, entre la segunda y tercera semana desde el inicio de su aislamiento. Y se encontró que la tercera parte del total de personas encuestadas refirió un empeoramiento de emociones como ansiedad (36.0%), irritabilidad (32.2%), frustración (32.3%) y miedo (33.8%).
- En una investigación realizada por Kimhi⁽⁷⁾, en Israel, publicada el año 2020 y titulado “Recovery from the COVID-19 pandemic: Distress and resilience”, se realizaron dos mediciones, la primera fue en el periodo inicial del bloqueo general en Israel y la segunda medición fue durante los primeros días tras el levantamiento del bloqueo, la cual fue dos meses después. Se observó que el mayor número de niños en casa, los problemas económicos y el nivel educativo estaban relacionados a síntomas de angustia. Asimismo, se halló que la resiliencia disminuía debido a la crisis económica en Israel y a la alta tasa de desempleo.

2.1.2. Antecedentes nacionales:

- En una tesis publicada por Oviedo y Talavera⁽¹⁶⁾, en Perú, el año 2016 y que titula “Estrés laboral, dimensiones de la personalidad y la personalidad resistente en miembros de la Policía Nacional del Perú de Arequipa-2016”, se encontró la presencia de una relación inversa entre el estrés laboral y variables como la estabilidad emocional, la apertura mental y las dimensiones de compromiso. Por otro lado, se encontró una relación directa entre el estrés laboral y la personalidad resistente o vulnerabilidad.

- En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”⁽¹⁵⁾, en Perú, publicado el año 2019 y que titula “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales – 2015”, se informó que en relación a la salud mental se encontró que en la sierra urbana, selva urbana y ciudades fronterizas hubo alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático (12.8%, 8.9% y 6.7%, respectivamente) y episodio depresivo de moderado a severo (16.2%, 21.4% y 17.1%, respectivamente). Además, refiere que el estrés ocasiona una alteración del estado inmunológico y nos predispone a padecer diversas enfermedades, sobre todo si se presenta estrés crónico.
- La investigación realizada por Mejía⁽²⁵⁾, en Perú, publicada el año 2020 y que titula “Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020”, evaluó la percepción de fatalismo y se encontró que el 36% de la población encuestada presentó síntomas de depresión. En las mujeres predominaron pensamientos fatalistas sobre contagiarse ($p=0.020$), contagiar a otros ($p=0.004$) y desarrollar síntomas de depresión ($p=0.020$).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ESTRÉS

DEFINICIÓN DE ESTRÉS:

Hans Selye introdujo el término “estrés” al léxico médico para describir la “respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda”. Selye es considerado como el "padre de la investigación sobre el estrés"; se centró en todas las reacciones que presentaron los pacientes ante la enfermedad y no solo en determinados signos y síntomas.⁽²⁶⁾

El agente estresante puede ser una experiencia traumática que amenaza la integridad física de una persona o un cambio brusco y amenazador de su entorno social. En relación a la adaptación a la presencia del agente estresante, este representa una amenaza a la integridad de la trama social de la persona como son las experiencias de duelo o de separación, o a los valores sociales, dando lugar a perjuicios sobre el individuo o sobre la comunidad.⁽²⁷⁾

DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL:

El estrés laboral es definido como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, funcionales y de comportamiento a ciertos aspectos adversos del contenido, organización y entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la constante sensación de no poder afrontar estos aspectos.⁽²⁸⁾

Según la OMS, el estrés laboral es la reacción que uno presenta ante exigencias laborales que no concuerdan con sus conocimientos y capacidades, y que evalúan su capacidad para afrontar una situación determinada. Por lo general, el estrés suele empeorar cuando el trabajador no percibe el soporte suficiente por parte de sus supervisores y colegas, y cuando no posee libertad en el manejo de sus actividades laborales. Un trabajador afectado por el estrés suele contraer enfermedades con mayor frecuencia y es menos proactivo.⁽²⁹⁾

CAUSAS DEL ESTRÉS LABORAL:

Una mala organización y gestión del trabajo puede ocasionar estrés laboral. El exceso de presión laboral o las dificultades en su manejo pueden ser generados por una definición equivocada del trabajo o condiciones laborales insatisfactorias. De forma similar, estas circunstancias pueden ocasionar que los trabajadores no reciban el apoyo público necesario, y el factor mencionado junto con la realización de largas jornadas laborales pueden llevar a un estrés crónico.^(1,29)

EFFECTOS DEL ESTRÉS LABORAL EN EL INDIVIDUO:

El estrés laboral puede llevar a comportamientos disfuncionales en el trabajo, y contribuir a la presencia de una deficiente salud física y mental. En casos extremos, el estrés prolongado o las situaciones laborales traumáticas pueden originar problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos que originan inasistencia al trabajo.

El estrés también puede comprometer el sistema inmune, disminuyendo la capacidad de defensa contra las infecciones.⁽²⁹⁾

PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL:

Se clasifican en tres tipos:

Prevención primaria: Consiste en la disminución del estrés mediante la ergonomía, el diseño ambiental y las mejoras de la organización y de la gestión relacionadas al trabajo.

Prevención secundaria: A través de la formación y preparación de los empleados.

Prevención terciaria: Por medio de la mejora en la capacidad de respuesta de los sistemas de gestión y de la prestación de servicios de salud ocupacional.⁽²⁹⁾

2.2.2 ANSIEDAD

DEFINICIÓN:

La angustia es un sentimiento que aparece ante una situación que se percibe como una amenaza para la persona. Actualmente, ansiedad y angustia se utilizan de forma indistinta, aunque, el término “anxietas” describe una vivencia más permanente, mientras que angustia tiene su origen en el término “angor” y refiere una mayor intensidad y un sufrimiento “somático”.⁽³⁰⁾

Presentar cierto nivel de ansiedad es fisiológico y adaptativo, incluso es muy útil para el bienestar y desempeño; sin embargo, muchas veces enmascara trastornos del estado de ánimo, de síntomas somáticos y de otros tipos. Los trastornos de ansiedad pueden dar a conocer algún problema debido a consumo de sustancias, otra afección médica o incluso algún trastorno mental completamente diferente.⁽³¹⁾

CLASIFICACIÓN: Según la DSM V⁽³¹⁾, se clasifica en:

A. Trastornos de ansiedad primarios:

- a. Trastorno de pánico: Estos pacientes experimentan repetidos episodios de ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados.
- b. Agorafobia: Temor a exponerse a situaciones o lugares donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda en caso de presentar ansiedad.

- c. Fobia específica: Temor a objetos o situaciones determinadas. Algunos ejemplos son animales, tormentas, altura, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.
- d. Trastorno de ansiedad social: Estas personas se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan un baño público.
- e. Mutismo selectivo: Se opta por hablar únicamente cuando se está solo o con ciertas personas.
- f. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Sensación de tensión o ansiedad durante bastante tiempo, no es un episodio agudo. La preocupación en el TAG usualmente se desencadena sin causa alguna y por lo general no afecta de forma intensa. Comúnmente inicia a los 30 años de edad.
- g. Trastorno de ansiedad por separación: Desarrollo de ansiedad tras ser separado de un progenitor o de alguna otra figura hacia la que se siente afecto.
- h. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- i. Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento: Ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad experimentados ante el consumo de cierta sustancia o fármaco.

B. Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados:

- a. Trastorno obsesivo-compulsivo: Inquietud por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer carentes de sentido incluso para la persona que padece el trastorno.

- b. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): Un evento traumático intenso se experimenta repetidas veces continuamente. Los síntomas no suelen desarrollarse inmediatamente después del trauma.
- c. Trastorno de estrés agudo: Afección muy similar al TEPT, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante y posee una duración menor o igual a un mes.
- d. Trastorno de la personalidad por evitación: Timidez y gran susceptibilidad ante la crítica, por lo que evitan relacionarse con otras personas.
- e. Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor: Trastorno depresivo mayor acompañado de gran tensión y ansiedad.
- f. Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad: Usualmente, el pánico y otros síntomas de ansiedad están incluidos en algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad.

TRATAMIENTO:

Si este trastorno no se trata puede llevar a consecuencias graves, afectando su desempeño laboral y actividades básicas de la vida diaria. Diversas investigaciones evidenciaron eficacia en dos tipos de terapias, como son la terapia cognitiva y de conducta (TCC) y la terapia conductual. Por medio de la TCC se logra ayudar a los pacientes a identificar y aprender a controlar los factores que contribuyen a su ansiedad. La terapia conductual tiene como objetivo reducir o detener las conductas no deseadas asociadas a estos trastornos. La combinación de psicoterapia y medicación resultan adecuados en el tratamiento.⁽³²⁾

2.2.3 DEPRESIÓN

DEFINICIÓN:

Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, anhedonia, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a ser crónica o recurrente, y puede alterar el desempeño y la capacidad de afrontar las vivencias diarias.⁽⁹⁾

La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial, y afecta aproximadamente a más de 300 millones de personas. Con frecuencia, la depresión no es correctamente diagnosticada, se puede encontrar que más de la mitad de afectados no recibe tratamiento, y por otro lado, existen personas mal diagnosticadas que no padecen depresión y que reciben tratamiento antidepressivo.⁽³³⁾

TIPOS Y SÍNTOMAS:

De acuerdo con el número y la intensidad de los síntomas, los tipos de depresión pueden clasificarse como leve, moderado y grave. Durante los episodios depresivos leves se puede tener cierta dificultad para el desarrollo normal de actividades laborales y sociales. Por otro lado, durante un episodio depresivo grave el paciente presenta gran limitación para mantener sus actividades sociales, laborales o cotidianas.

También se puede presentar:

Trastorno depresivo recurrente: Este trastorno se caracteriza por la presencia de repetidos episodios de depresión. Durante un periodo mínimo de dos semanas se presenta un estado de ánimo deprimido, abulia y disminución de la energía.

Trastorno afectivo bipolar: Este trastorno se caracteriza por presentar episodios maníacos y depresivos con intervalos de estado de ánimo normal. Los episodios maníacos presentan un estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y reducción en la necesidad de dormir.⁽³³⁾

FACTORES CONTRIBUYENTES:

La depresión se debe a la interacción entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar síntomas de estrés y alteración del funcionamiento, y agravar el contexto vital de la persona afectada y, en consecuencia, la propia depresión.⁽³³⁾

TRATAMIENTO:

La depresión leve no suele requerir tratamiento farmacológico, mientras que el manejo de una depresión en un nivel moderado a grave puede incluir tratamiento médico y psicoterapia.⁽⁹⁾

Los profesionales de salud pueden ofrecer una diversidad de tratamientos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoterapia y fármacos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta las reacciones adversas medicamentosas de los antidepresivos, las características de cada intervención y las preferencias individuales del paciente.⁽³³⁾

PREVENCIÓN:

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas educativos que tienen como objetivo promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Los programas de actividad física y relajación también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.⁽³³⁾

2.2.4 COVID-19

En diciembre de 2019, Wuhan, provincia de Hubei, China, se convirtió en el centro de un brote de neumonía de causa desconocida, que despertó una intensa atención no solo dentro de China sino a nivel internacional. Para el 7 de enero de 2020, científicos de China habían aislado un nuevo coronavirus (CoV) de pacientes en Wuhan.⁽²⁾

Los coronavirus causan infecciones respiratorias, intestinales, hepáticas o neurológicas en animales y humanos^(34,35). Pero no fueron considerados altamente patogénicos hasta el brote de Síndrome respiratorio agudo severo (SARS) que se dio entre los años 2002 y 2003 en la provincia de Guangdong, en China⁽³⁶⁾. Diez años después del SARS, en el Medio Oriente emergió otro coronavirus altamente patógeno que fue el coronavirus del Síndrome

respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)⁽³⁵⁾.

En el estudio realizado por Huang et al., se informó las características clínicas de los primeros 41 pacientes ingresados en el hospital designado en Wuhan que estaban infectados con 2019-nCoV (nuevo coronavirus del 2019) antes del 2 de enero de 2020. Los signos y síntomas encontrados en estos pacientes fueron fiebre, tos seca, malestar, diarrea; en las pruebas de laboratorio se encontró linfopenia; y en las pruebas imagenológicas de tomografía computarizada de tórax se observó opacidad o consolidación bilateral en patrón de vidrio esmerilado.⁽³⁷⁾

En otra investigación, los síntomas hallados fueron fiebre (83-98%), tos (76-82%) y disnea (31-55%). También se ha descrito tomografías de pulmón con opacidades en vidrio esmerilado, mixtas con imágenes de consolidación, agrandamiento vascular en la lesión y bronquiectasias de tracción.⁽³⁸⁾

La epidemia de estas infecciones emergentes está influenciada por numerosos factores como el cambio climático, número de viajes aéreos, condiciones socioeconómicas de cada población, entre otros factores⁽³⁸⁾. Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas en la salud mental durante la pandemia del COVID-19 son: sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, conflictos interpersonales, uso frecuente de las redes sociales y percepción de menor apoyo social⁽³⁹⁾.

Durante esta pandemia del COVID-19, trabajadores de primera línea como el personal de salud y los efectivos policiales han trabajado en turnos extremadamente largos en entornos bajo alta presión. Adicionalmente, han estado expuestos a traumas y/o enfrentados a dilemas morales en relación con el desafío que representa la entrega de una atención de alta calidad, probablemente debido a la falta de experiencia y de equipamiento adecuado, o como resultado de la baja disponibilidad de recurso humano. Estas circunstancias han incrementado el riesgo de presentar trastornos mentales como trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad o depresión. Estos problemas de salud mental no solo afectan la atención, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones de los trabajadores, lo que podría dificultar la lucha contra el COVID-19, sino que también podrían tener un efecto negativo prolongado en su bienestar general. Es por ello que es imperativo que los supervisores en los centros de

trabajo tomen medidas para proteger la salud mental del personal e identificar a quienes hayan experimentado alguna afección psicológica y asegurarse de que sean provistos de atención y soporte adecuados.^(1,39,40)

Estudios militares evidencian que un regreso gradual al trabajo "normal" es beneficioso⁽⁴⁰⁾. Las intervenciones y el apoyo psicológico de la comunidad pueden tener algunos efectos en la reducción de los síntomas del TEPT, los síntomas depresivos y de ansiedad en los adultos durante estos eventos estresantes⁽³⁹⁾.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Edad:** Tiempo en años desde el nacimiento.
- **Sexo:** Género orgánico. Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.
- **Situación sentimental:** Condición social de una persona con respecto a si tiene o no pareja. En el análisis se agruparán de la siguiente forma: en el grupo “Con pareja” se incluirá a los casados y convivientes, y en el grupo “Sin pareja” se incluirá a los de estado civil soltero, viudo y divorciado.
- **Número de hijos:** Cantidad de hijos vivos que tiene la persona.
- **COVID-19:** Presencia de enfermedad infecciosa causada por coronavirus SARS CoV-2.
- **Número de diagnóstico COVID-19:** Número de veces que la persona ha sido diagnosticada de COVID-19 por medio de diferentes pruebas.
- **Antecedente de enfermedad:** Enfermedad previa. Alteración del estado fisiológico, manifestada por signos y síntomas. Diagnóstico previo de una enfermedad diferente a COVID-19.
- **Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia del rendimiento muy superior al normal.
- **Ansiedad:** Trastorno emocional donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

- **Depresión:** Trastorno emocional caracterizado por la pérdida de la felicidad y desgano, que conlleva a un malestar interior y dificultando la interacción con el entorno.

3 CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS GENERAL:

Existen factores asociados significativamente a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

H1₁: Existe asociación significativa de la edad con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

H1₂: Existe asociación significativa del sexo con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

H1₃: Existe asociación significativa de la situación sentimental con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

H1₄: Existe asociación significativa del número de hijos con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

H1₅: Existe asociación significativa del diagnóstico de COVID-19 con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

H1₆: Existe asociación significativa del antecedente patológico con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Estrés

Ansiedad

Depresión

4 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es **analítico**, porque se busca establecer la relación entre variables; **cuantitativo**, porque se caracteriza por analizar variables de estudio y se pretende agregar un aporte científico con datos reales expresados de forma numérica; y de corte **transversal**, porque la recolección de datos solo se realizó una vez.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

El Personal de armas de la Policía Nacional del Perú, que se encuentre en actividad y con residencia actual en Lima, en octubre del año 2020.

4.2.2 TAMAÑO DE MUESTRA Y SELECCIÓN DE MUESTRA

En la presente investigación se utilizó una muestra no probabilística, mediante el muestreo tipo bola de nieve. Se encuestó a 216 policías, sin embargo, en 6 de ellos se cumplían criterios de exclusión, obteniéndose una muestra final de 210 participantes.

4.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

4.2.3.1 Criterios de inclusión

- Personal de la Policía Nacional del Perú: sector de armas
- Personas con residencia actual en Lima

4.2.3.2 Criterios de exclusión

- Personas que no estén dispuestas a colaborar con la investigación
- Personas que realicen un llenado incompleto del instrumento de recolección de datos
- Personal en retiro de la Policía Nacional del Perú
- Personal que pertenezca al sector salud de la Policía Nacional del Perú

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURAL EZA	ESCALA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Número de años indicado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa discontinua	De razón	Años biológicos	Años
Sexo	Género señalado en la encuesta	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Género orgánico	Femenino Masculino
Situación sentimental	Estado de unión social	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Condición social	Sin pareja Con pareja
Número de hijos	Cantidad de hijos señalado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa discontinua	De razón	Cantidad de hijos	Cantidad de hijos
COVID-19	Presencia o ausencia de la enfermedad, señalado en la encuesta	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Presencia o ausencia del diagnóstico	Sí No
Número de diagnóstico COVID-19	Número de veces que ha sido diagnosticado de COVID-19	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ordinal	Número de veces	1 vez 2 veces a más

Antecedente de enfermedad	Enfermedad previamente diagnosticada, según datos señalados en la encuesta	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Nombre de la enfermedad	Tipo de enfermedad
Estrés	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 8-9 puntos Moderado = 10-12 puntos Severo = 13-16 puntos Extremadamente severo = 17 o más puntos
Ansiedad	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 4-5 puntos Moderado = 6-7 puntos Severo = 8-9 puntos Extremadamente severo = 10 o más puntos
Depresión	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 5-6 puntos Moderado = 7-10 puntos Severo = 11-13 puntos Extremadamente severo = 14 o más puntos

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó la Escala DASS-21⁽⁴¹⁾, la cual fue enviada por medios virtuales.

La versión abreviada de la Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21) fue originalmente realizada en el idioma inglés por Lovibond en 1995, en Gran Bretaña, bajo el título de *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*, en la revista Elsevier. Cada una de las tres escalas tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.⁽⁴²⁾

La primera validación se realizó en una traducción española realizada por Daza en el año 2002, y fue aplicada a una población adulta de latinos en Estados Unidos, el estudio titula *The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample*. Esta versión tuvo un alfa de Cronbach de 0.96 y los coeficientes alfa para cada subescala también fueron altos ($\alpha_{\text{estrés}}=0.91$; $\alpha_{\text{ansiedad}}=0.86$; $\alpha_{\text{depresión}}=0.93$).⁽⁴³⁾

La validación utilizada fue la traducción publicada por Roman en el año 2014, y fue aplicada a estudiantes. El trabajo realizado titula *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco*. Se realizó un proceso de adaptación idiomática y cultural. Para esta adaptación, el instrumento tiene un alfa de Cronbach total de 0.90, y se encontró que los coeficientes alfas para cada escala fueron satisfactorios ($\alpha_{\text{estrés}}=0.79$; $\alpha_{\text{ansiedad}}=0.72$; $\alpha_{\text{depresión}}=0.85$).⁽⁴¹⁾

Este instrumento fue validado en Perú y se adaptó a personas en general, específicamente a usuarios de centros de salud de Lima⁽⁴⁴⁾, a adolescentes peruanos del Callao⁽⁴⁵⁾ e incluso a la población de un distrito del Cusco⁽⁴⁶⁾ para lo cual se obtuvo una versión en quechua de la mencionada escala.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio fue realizado en 210 policías a quienes se les aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés -DASS-21 en octubre de 2020, así como un formulario vía Google Forms para obtener datos sociodemográficos y clínicos.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se tabularon con el programa estadístico IBM SPSS V.25 evaluando e interpretando correctamente la información estadística mediante porcentajes y así comunicarla en datos cuantitativos en el informe final. De igual manera, el programa Microsoft Office Word permite la elaboración escrita del protocolo de investigación. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Para el procesamiento estadístico bivariado y multivariado, los datos fueron analizados con el programa estadístico STATA versión 16.1 y se obtuvo Razones de prevalencia crudas y ajustadas para medir la fuerza de asociación entre las variables de estudio. En el análisis multivariado se emplearon modelos lineales generalizados de familia Poisson y varianzas robustas. Para la significancia de datos, se consideró un intervalo de confianza mayor a 95% y una precisión $p \leq 0.05$.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación respeta el derecho a la confidencialidad de los datos personales del personal policial encuestado, ya que no se publicarán nombres o cualquier dato que los identifique. Por último, este proyecto cuenta con la Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (ver Anexo 4).

5 CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Se realizó el presente estudio en una población total de 216 participantes encuestados, de los cuales, 6 cumplían con los criterios de exclusión, dando como resultado una muestra final de 210 personas sobre las cuales se realizó el análisis estadístico.

Análisis estadístico descriptivo de la muestra:

Según el presente estudio, las prevalencias de las variables estrés, ansiedad y depresión fueron de 7.6%, 10.0% y 11.4%. En la Tabla 1 se observa que, del total de la muestra (210 personas), el 54.8% de los participantes (n = 115) fueron mayores de 40 años y el 69.0% (n = 145) eran varones. Además, se observa que el 64.8% (n = 136) tiene pareja.

Respecto a la variable número de hijos se puede describir que, de la muestra total, el 18.1% (n = 38) de sujetos no tiene hijos, el 24.8% (n = 52) tiene un hijo, el 29.0% (n = 61) tiene 2 hijos y el 28.1% restante (n = 59) de sujetos tiene 3 hijos o más de 3 hijos.

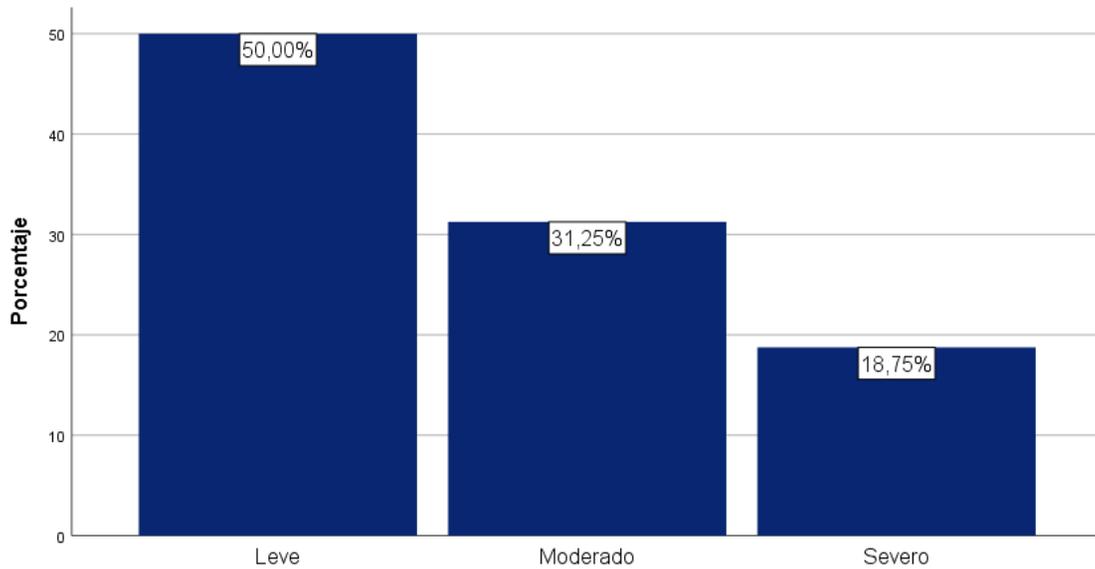
Se describe que, del total de la muestra (210 personas), 86 personas refieren haber sido diagnosticado de COVID-19, lo que representa al 41.0%; y de ellos, el 84.9% (n = 73) fue diagnosticado una vez. Además, el 16.7% (n = 35) padece alguna enfermedad distinta a COVID-19.

Tabla N°1: Características generales de la población estudiada.

Variable	Frecuencia (n=210)	Porcentaje (%)
Edad		
Adulthood media (greater than 40 years)	115	54.8
Adulthood early (less than or equal to 40 years)	95	45.2
Sexo		
Masculino	145	69.0
Femenino	65	31.0
Situación Sentimental		
Without partner	74	35.2
With partner	136	64.8
Número de Hijos		
0	38	18.1
1	52	24.8
2	61	29.0
3 or more	59	28.1
COVID-19		
Yes	86	41.0
No	124	59.0
Número de Diagnóstico de COVID-19		
2 or more times	13	15.1
1 time	73	84.9
Antecedente Patológico		
Yes	35	16.7
No	175	83.3
Estrés		
Yes	16	7.6
No	194	92.4
Ansiedad		
Yes	21	10.0
No	189	90.0
Depresión		
Yes	24	11.4
No	186	88.6

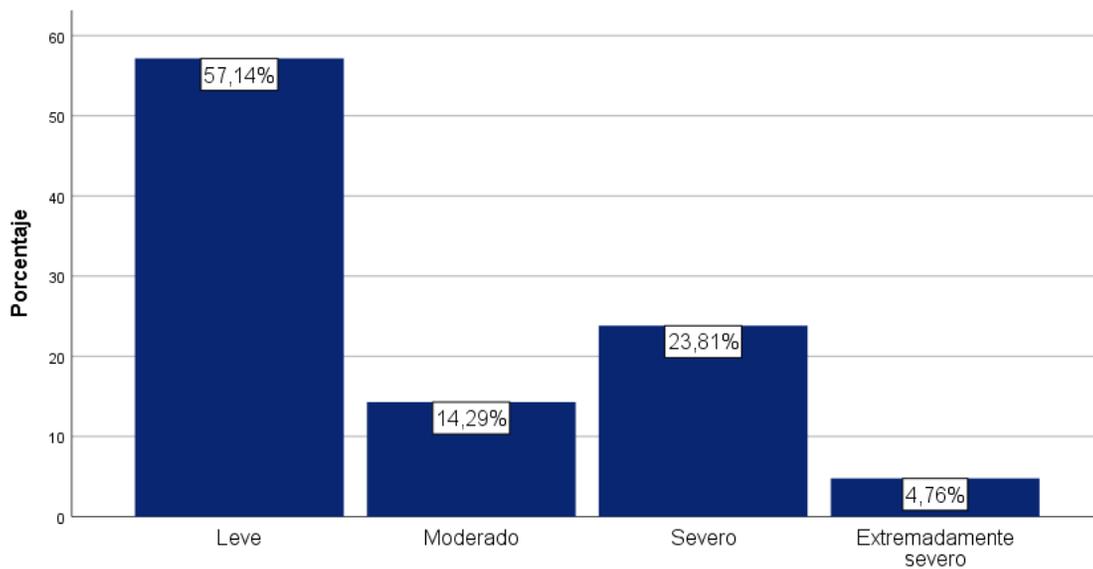
Fuente: Elaboración propia

En la Gráfica 1, se observa que del grupo que experimentó estrés (16 personas), el 50.0% (n =8) presentó estrés leve, el 31.3% (n = 5) presentó un nivel de estrés moderado y el 18.7% (n = 3) presentó estrés severo.



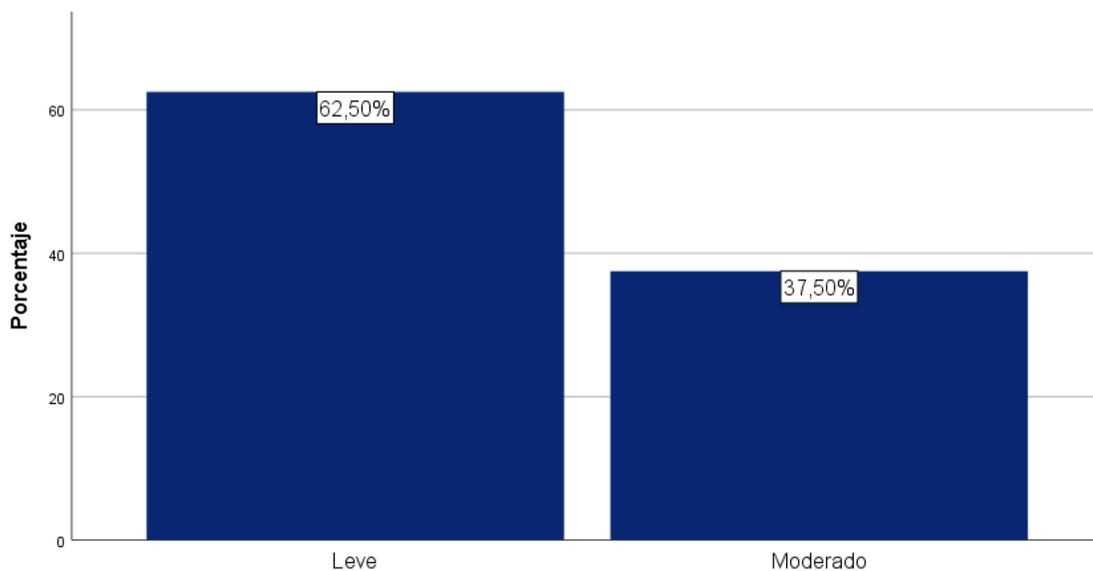
Gráfica 1. Distribución según la variable nivel de estrés.

De la Gráfica 2, se puede describir que, del grupo de personas que experimentó ansiedad (21 personas), el 57.1% (n = 12) presentó un nivel de ansiedad leve, el 14.3% (n = 3) presentó ansiedad moderada, el 23.8% (n = 5) presentó ansiedad severa y el 4.8% restante (n = 1) presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.



Gráfica 2. Distribución según la variable nivel de ansiedad.

Con respecto a la variable nivel de depresión (Gráfica 3), se observa que, del grupo que experimentó depresión (24 personas), en el 62.5% (n = 15) se encontró depresión leve y el 37.5% de personas (n = 9) presentó un nivel de depresión moderado.



Gráfica 3. Distribución según la variable nivel de depresión.

Asociaciones entre las variables de estudio

Se realizó el análisis de la existencia de asociaciones entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con las diferentes variables.

En la Tabla N°2 se detallan las frecuencias y los porcentajes de las variables: estrés, ansiedad y depresión, según los factores propuestos. Se observó que los policías de sexo masculino presentaban mayores frecuencias de ansiedad y depresión que policías del sexo femenino.

Tabla N°2: Comparación de frecuencias de las variables estrés, ansiedad y depresión según los factores estudiados en policías de Lima, Perú.

Variables	Estrés				Ansiedad				Depresión			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad												
Adulthood temprana (menor o igual a 40 años)	8	8.4	87	91.6	6	6.3	89	93.7	14	14.7	81	85.3
Adulthood media (mayor a 40 años)	8	7.0	107	93.0	15	13.0	100	87.0	10	8.7	105	91.3
Sexo												
Femenino	8	12.3	57	87.7	5	7.7	60	92.3	7	10.8	58	89.2
Masculino	8	5.5	137	94.5	16	11.0	129	89.0	17	11.7	128	88.3
Situación Sentimental												
Sin pareja	8	10.8	66	89.2	5	6.8	69	93.2	6	8.1	68	91.9
Con pareja	8	5.9	128	94.1	16	11.8	120	88.2	18	13.2	118	86.8
Número de Hijos												
2 o más hijos	10	8.3	110	91.7	17	14.2	103	85.8	15	12.5	105	87.5
0-1 hijo	6	6.7	84	93.3	4	4.4	86	95.6	9	10.0	81	90.0
COVID-19												
Sí	10	11.6	76	88.4	11	12.8	75	87.2	13	15.1	73	84.9
No	6	4.8	118	95.2	10	8.1	114	91.9	11	8.9	113	91.1
Número de Diagnóstico de COVID-19												
2 o más veces	1	7.7	12	92.3	2	15.4	11	84.6	3	23.1	10	76.9
1 vez	9	12.3	64	87.7	9	12.3	64	87.7	10	13.7	63	86.3
Antecedente Patológico												
Sí	5	14.3	30	85.7	7	20.0	28	80.0	3	8.6	32	91.4

Fuente: Elaboración propia

Producto del análisis de la razón de prevalencia cruda en la Tabla N°3, se encontró que los factores como número de hijos (RP_c: 3.187, IC 95%: 1.107 a 9.171, valor de P: 0.032) y antecedente patológico (RP_c: 2.500, IC 95%: 1.086 a 5.753, valor de P: 0.031) están asociados significativamente a la ansiedad.

Tabla N°3: Análisis bivariado entre las variables de estudio y el nivel de estrés, ansiedad y depresión en policías de Lima, Perú.

	Variab les	RP crudo	Intervalo de confianza al 95%	Valor de P
Estrés	Edad			
	Adultez temprana (menor o igual a 40 años)	1.21	0.47 a 3.11	0.692
	Adultez media (mayor a 40 años)	1.00		
	Sexo			
	Femenino	2.23	0.87 a 5.69	0.093
	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
	Sin pareja	1.87	0.71 a 4.70	0.205
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	1.25	0.47 a 3.32	0.654
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	2.40	0.90 a 6.37	0.078
No	1.00			
Antecedente Patológico				
Sí	2.27	0.84 a 6.14	0.106	
No	1.00			
Ansiedad	Edad			
	Adultez temprana (menor o igual a 40 años)	0.48	0.19 a 1.20	0.118
	Adultez media (mayor a 40 años)	1.00		

	Sexo			
	Femenino	0.69	0.26 a 1.82	0.463
	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
	Sin pareja	0.57	0.21 a 1.50	0.260
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	3.18	1.10 a 9.17	0.032
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	1.58	0.70 a 3.57	0.266
	No	1.00		
	Antecedente Patológico			
	Sí	2.50	1.08 a 5.75	0.031
	No	1.00		
	Edad			
	Adulthood temprana (menor o igual a 40 años)	1.69	0.78 a 3.64	0.177
	Adulthood media (mayor a 40 años)	1.00		
	Sexo			
	Femenino	0.91	0.39 a 2.11	0.841
	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
Depresión	Sin pareja	0.61	0.25 a 1.47	0.276
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	1.25	0.57 a 2.73	0.576
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	1.70	0.79 a 3.62	0.167
	No	1.00		
	Antecedente Patológico			
	Sí	0.71	0.22 a 2.27	0.569
No	1.00			

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, en la Tabla N°4, como resultado del análisis multivariado se encontró que la situación sentimental (RP_a: 3.101, IC 95%: 1.086 a 8.855, valor de P: 0.034), el diagnóstico de COVID-19 (RP_a: 3.187, IC 95%: 1.023 a 9.929, valor de P: 0.045) y el antecedente patológico (RP_a: 4.193, IC 95%: 1.224 a 14.363, valor de P: 0.022) presentan asociación estadísticamente significativa con el estrés. Así mismo, la edad (RP_a: 2.500, IC 95%: 1.023 a 6.105, valor de P: 0.044) presenta asociación significativa con la depresión.

Tabla N°4: Análisis multivariado entre las variables de estudio y el nivel de estrés, ansiedad y depresión en policías de Lima, Perú.

	Variables	RP ajustado	Intervalo de confianza al 95%	Valor de P
Estrés	Edad			
	Adulthood temprana (menor o igual a 40 años)	1.82	0.49 a 6.70	0.365
	Adulthood media (mayor a 40 años)	1.00		
	Sexo			
	Femenino	2.31	0.82 a 6.55	0.112
	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
	Sin pareja	3.10	1.08 a 8.85	0.034
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	2.66	0.76 a 9.31	0.125
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	3.18	1.02 a 9.92	0.045
No	1.00			
Antecedente Patológico				
Sí	4.19	1.22 a 14.36	0.022	
No	1.00			
Ansiedad	Edad			
	Adulthood temprana (menor o igual a 40 años)	0.98	0.32 a 3.01	0.979
	Adulthood media (mayor a 40 años)	1.00		
	Sexo			
Femenino	0.82	0.31 a 2.19	0.704	

	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
	Sin pareja	1.17	0.37 a 3.65	0.783
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	2.91	0.67 a 12.55	0.151
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	1.71	0.75 a 3.89	0.194
	No	1.00		
	Antecedente Patológico			
	Sí	2.42	0.99 a 5.93	0.053
	No	1.00		
	Edad			
	Adulthood temprana (menor o igual a 40 años)	2.50	1.02 a 6.10	0.044
	Adulthood media (mayor a 40 años)	1.00		
	Sexo			
	Femenino	1.02	0.45 a 2.26	0.960
	Masculino	1.00		
	Situación Sentimental			
Depresión	Sin pareja	0.56	0.20 a 1.53	0.262
	Con pareja	1.00		
	Número de Hijos			
	2 o más hijos	1.71	0.64 a 4.59	0.282
	0-1 hijo	1.00		
	COVID-19			
	Sí	1.54	0.70 a 3.37	0.276
	No	1.00		
	Antecedente Patológico			
	Sí	0.84	0.26 a 2.76	0.785
No	1.00			

Fuente: Elaboración propia

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El personal policial presenta una profesión que suele estar expuesta a situaciones de alto estrés que pueden afectar su desempeño laboral y su vida personal, y uno de los eventos estresantes que actualmente se presenta es la pandemia de COVID-19^(1,19).

El brote de COVID-19 ha causado un impacto en la salud mental y no solo en el estado de salud físico; a nivel mental este impacto se presentó con manifestación de síntomas de estrés, ansiedad, depresión, insomnio, percepción de fatalismo, entre otros^(6-8,10,11,13,18,25). En el presente estudio se realizó una encuesta que incluye la Escala DASS-21, la cual mide niveles de estrés, ansiedad y depresión; se registraron las respuestas de 210 participantes que pertenecen al personal policial que actualmente labora en el departamento de Lima. Los resultados obtenidos evidencian prevalencias bajas de estrés, ansiedad y depresión.

En el presente estudio, del total de la muestra, se encontró una prevalencia de estrés de 7.6%, lo cual presentó similitud con un estudio realizado en personas de la sierra, selva y ciudades fronterizas de Perú⁽¹⁵⁾, que refirió un porcentaje de 6.7%. Otros estudios evidenciaron prevalencias mayores a la antes mencionada^(10,12,18), esto podría deberse a que esos estudios fueron realizados tanto en personal policial como en personas con diferentes profesiones, o a que estos estudios aplicaron encuestas durante la primera fase de la pandemia, en donde las personas percibían la rápida propagación del virus y las medidas extraordinarias adoptadas por el Gobierno como estresores repentinos⁽¹⁸⁾. El resultado obtenido podría deberse a la alta frecuencia de personalidad resistente entre los policías; así, esta personalidad sería un factor protector frente a experiencias estresantes. Según Oviedo, este tipo de personalidad proporcionaría a los policías la capacidad de enfrentar óptimamente situaciones de estrés⁽¹⁶⁾, lo cual daría ventaja para mantener el cumplimiento de las medidas preventivas dadas por diferentes gobiernos del mundo debido a la pandemia por COVID-19.

En contraste, en un estudio realizado en policías en Brasil⁽²³⁾, se encontró una prevalencia de estrés del 24.0%, sin embargo, el estudio menciona que esto podría deberse a que la mayoría de participantes tenía pocos años de servicio, y que a mayor tiempo de servicio enfrentan mejor los eventos o aspectos estresantes y se presenta menor porcentaje de trastornos mentales y de conducta, entre los que destaca el estrés.

En el análisis multivariado se encontró asociación entre: estrés y las variables situación sentimental (valor de P: 0.034), COVID-19 (valor de P: 0.045) y antecedente patológico (valor de P: 0.022). De la variable edad, se presentó mayor nivel de estrés en el grupo de adultez temprana (edad menor o igual a 40 años), lo cual es similar a lo hallado por Forte⁽¹⁸⁾ que encontró más prevalencia de estrés en los menores de 50 años (OR > 1.66), esto debido

a que a menor edad, menor tiempo de servicio, por lo tanto menor capacidad para manejar situaciones estresantes propias del oficio⁽²³⁾. Respecto a la variable sexo, en el estudio se encontró que no se asocia significativamente a estrés y que las mujeres policías manifestaron un mayor nivel de estrés que los varones, estos hallazgos coinciden con estudios anteriores realizados en China, Italia, España y Chile^(10,12,18,47), en donde observaron que las mujeres tenían mayor riesgo de presentar estrés que los varones, así, en España se vio que el 24.5% de mujeres presentó estrés frente al 20.1% de varones; esto también concuerda con un metaanálisis sobre policías de 24 países⁽²²⁾, en donde mencionan que las mujeres son más susceptibles al estrés (P-valor: 0.010).

En la variable situación sentimental (RP_a: 3.101, IC 95%: 1.086 a 8.855, valor de P: 0.034) se vio mayor proporción en quienes no tenían pareja. Respecto al número de hijos, se describe que, quienes tenían más hijos experimentaron estrés en mayor porcentaje. De la variable relacionada a diagnóstico de COVID-19 (RP_a: 3.187, IC 95%: 1.023 a 9.929, valor de P: 0.045), quienes experimentaron mayor estrés fueron los que tuvieron diagnóstico positivo de COVID-19; entre los factores de riesgo de estrés considerados en este estudio, esta variable presentó una asociación significativa; y de ellos se describe que quienes fueron diagnosticados una vez presentaron estrés en mayor porcentaje que quienes tuvieron dos o más resultados positivos de COVID-19; se observó que una investigación llevada a cabo en Estados Unidos⁽⁴⁸⁾ refiere que las personas que contraen COVID-19 pueden ser más vulnerables que el resto de personas a presentar efectos psicosociales como el estrés. Además, una investigación llevada a cabo en China⁽⁴⁹⁾ refiere que quienes contrajeron COVID-19 pueden presentar algún grado de estrés, que incluso continuaría tras haber terminado el evento inicial.

Se describe que quienes tienen antecedente de alguna enfermedad distinta al COVID-19 (RP_a: 4.193, IC 95%: 1.224 a 14.363, valor de P: 0.022), experimentaron estrés en mayor proporción, similar a lo hallado en un estudio realizado en China⁽¹⁰⁾ que menciona que el tener un estado de salud deficiente y el antecedente de enfermedad crónica se asocian a altos niveles de estrés; y también concuerda con los resultados obtenidos en una investigación española⁽¹²⁾ que evidenció que el 28.9% de personas con alguna enfermedad crónica presentó estrés durante la primera fase de la pandemia.

La prevalencia de ansiedad hallada en este estudio fue de 10.0%, el cual es un valor muy similar al observado en un estudio realizado a nivel de Lima⁽¹⁷⁾, en donde se registró ansiedad generalizada en un valor de 10.6% en la población general, y también concuerda con un metaanálisis de estudios realizados en policías de América del Norte, Europa y Australia⁽²²⁾ que observó una prevalencia de ansiedad del 9.6%, y es un valor cercano al obtenido en una investigación de Nueva Zelanda⁽⁵⁰⁾ que registró un 11.6% de ansiedad. Investigaciones realizadas en Irlanda y Alemania^(51,52) mencionan que la ansiedad suele darse en los policías debido a la alta demanda laboral, los pocos recursos laborales y el aumento de la vigilancia de la seguridad pública en el marco del control de infecciones. Sin embargo, es diferente a valores obtenidos en otros estudios a nivel de China, España e Italia^(10,12,18), en donde se encontraron valores de 36.4%, 26.0% y 37.2%, respectivamente; esto podría ser debido a que esos trabajos de investigación fueron realizados en los primeros meses de este año (enero, febrero y marzo), en los que habían niveles más altos de incertidumbre y desconocimiento de la enfermedad.

En el análisis bivariado, se encontró asociación significativa entre ansiedad y las variables número de hijos (valor de P: 0.032) y antecedente patológico (valor de P: 0.031). Respecto a la variable edad, los mayores de 40 años (adultez media) presentan mayor ansiedad, lo cual coincide con estudios anteriores realizados en India y España^(7,12), que mencionan que los mayores de 40 años y quienes se encuentran en un rango de edad de 26 a 60 años presentan mayor prevalencia de ansiedad, pero difiere de otros estudios realizados en Argentina e Italia^(13,18) que indican que se presentó mayor ansiedad y angustia en las personas menores de 50 años de edad (OR: 1.47). Respecto al sexo, los varones presentaron mayor asociación con ansiedad que las mujeres, según el presente estudio. Este resultado es diferente al de otros estudios^(7,10-13,18), que mostraron que las mujeres presentan más síntomas de ansiedad que los varones; esta diferencia de resultados podría deberse a que ellos suelen sentir mayor responsabilidad de afrontar la carga económica en el hogar y, en el contexto actual, en el que se afronta no solo una crisis sanitaria sino además una crisis económica, se espera que más varones manifiesten algún grado de ansiedad al verse afectada la economía familiar⁽⁷⁾; además, los participantes del estudio fueron, en su mayoría, policías varones, lo cual explicaría la alta prevalencia de ansiedad entre los varones que participaron de esta investigación; por otro lado, esta variable no presenta asociación significativa con la

ansiedad, lo cual es similar a estudios anteriores^(10,11,13,47).

En relación a la situación sentimental, quienes tenían pareja presentaron ansiedad en mayor proporción, lo cual es opuesto al estudio realizado por Fitzpatrick⁽¹¹⁾ que menciona que los solteros presentan más síntomas de ansiedad, esto podría deberse a que ellos presentan preocupación de contraer la enfermedad y poder transmitir el virus a las personas con quienes viven⁽¹⁰⁾, y a que el incremento de horas laborales implica alejarse de sus familias por más tiempo⁽⁵²⁾. En el presente estudio, el factor número de hijos (RP_c: 3.187, IC 95%: 1.107 a 9.171, valor de P: 0.032) se agrupa en “0-1 hijo” y “dos o más hijos”, se observó que la presencia de dos o más hijos se relaciona a mayor prevalencia de ansiedad, esto es similar a lo encontrado en otros estudios realizados en Israel y Estados Unidos^(7,11) que registraron que el tener hijos o tener mayor número de hijos (con una escala de 0 a 4 o más hijos) presentó una correlación significativa con la ansiedad y se asoció a mayor probabilidad de presentar esta sintomatología, y sobre todo en el contexto actual se da debido al temor o angustia de un posible riesgo de contagio a más integrantes de la familia⁽¹¹⁾.

Se describe que los policías diagnosticados de COVID-19 presentaron ansiedad en mayor proporción, y de ellos, quienes experimentaron más ansiedad fueron los diagnosticados 2 o más veces; así mismo, en un estudio realizado en China⁽⁵³⁾ se observó que se dio una prevalencia de ansiedad del 20.8% de pacientes con COVID-19, mientras que en el público en general se presentó en un 19.6%.

Es sabido que los antecedentes patológicos predisponen a las personas a desarrollar algunos trastornos psicoafectivos y esto no es ajeno a los efectivos policiales. Según nuestra investigación, los policías con algún antecedente patológico (RP_c: 2.500, IC 95%: 1.086 a 5.753, valor de P: 0.031) experimentaron mayores niveles de ansiedad respecto a los que eran aparentemente sanos; esto coincide con los resultados de un estudio realizado en China⁽¹⁰⁾ que sostuvo que padecer de una enfermedad crónica se asoció a puntuaciones altas de ansiedad. De manera similar, una investigación española⁽¹²⁾ mostró que el 32.4% de personas con alguna enfermedad crónica, llegó a presentar ansiedad.

Otro hallazgo en este estudio fue la presencia de algún grado de depresión en un porcentaje de 11.4%. Este valor fue el mismo al hallado en una investigación realizada en la sierra, selva y ciudades fronterizas de Perú⁽¹⁵⁾, en donde se encontró una prevalencia de depresión del 11.4%; y fue cercano al porcentaje obtenido en un metaanálisis que incluye a policías de 24

países⁽²²⁾, en donde se observó que la prevalencia de depresión fue del 14.6%.

En el análisis multivariado se encontró asociación significativa entre depresión y edad (RP_a: 2.500, IC 95%: 1.023 a 6.105, valor de P: 0.044). Se observa que quienes tienen una edad menor o igual a 40 años (adulthood temprana) experimentaron algún grado de depresión en mayor proporción, lo cual resultó similar al estudio realizado por Ozamiz⁽¹²⁾ que describe que se encontró mayor sintomatología de depresión en el rango de edad de 18 a 25 años, además, el autor sostuvo que tal vulnerabilidad aumentaría por la facilidad para acceder, mediante diferentes medios tecnológicos, a información alarmante sobre COVID-19, lo cual los predispone a desarrollar algún trastorno afectivo como la depresión.

Respecto a la variable sexo, se describe que los varones presentaron depresión en mayor porcentaje, lo cual podría deberse a que, a diferencia de las mujeres, los varones policías peruanos suelen desempeñar funciones de más riesgo que implica patrullaje a pie en las calles y mayor contacto con ciudadanos, lo cual los expone a mayor riesgo de contagio por COVID-19; esto podría predisponer a los varones a presentar mayor nivel de depresión en el contexto de la pandemia⁽⁵⁴⁾; esto explicaría la diferencia de resultados de diversos estudios^(10-13,18,25) que refieren que las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar esta sintomatología, y se encontró que los estudios realizados por Wang⁽¹⁰⁾ (OR: 0.12, IC 95%: 0.01 – 0.23) y Barraza⁽⁴⁷⁾ de igual forma indican que esta variable no tiene asociación significativa con la depresión.

Se observó alta proporción de depresión en quienes tenían pareja, el contexto actual conlleva a un aumento de horas de trabajo en los policías, lo que origina una carga emocional que representa mantenerse alejados de su familia⁽⁵²⁾. Por otro lado, se presentó depresión en quienes tenían mayor número de hijos, un estudio realizado en EEUU⁽¹¹⁾ encontró que las familias con hijos tienden a presentar mayor sensibilidad y vulnerabilidad social ante la amenaza que representa la pandemia de COVID-19.

Respecto al diagnóstico de COVID-19, se encontró mayor proporción de síntomas de depresión en los que sí fueron diagnosticados; y de ellos se observó mayor porcentaje en quienes fueron diagnosticados dos o más veces. Esto coincide con una investigación realizada en una provincia de China⁽⁵³⁾ en donde se halló que el 19.3% de pacientes COVID-19 positivo presentaron síntomas de depresión frente a un 14.3% del público en general. En contraste,

los policías que tenían algún antecedente patológico presentaron niveles bajos de depresión, lo que difiere con otros estudios^(10,12) que mencionan que el estado de salud deficiente se relaciona a mayor nivel de depresión; esta diferencia podría deberse a que el estudio encontró mayor prevalencia de depresión en menores de 40 años, quienes suelen ser más vulnerables a presentar síntomas de depresión⁽¹²⁾.

La diferencia entre las asociaciones obtenidas probablemente sea debido al tipo de muestreo no probabilístico y a la insuficiente cantidad de muestra obtenida en el presente estudio.

Una limitación en el estudio es que las escalas autoinformadas de estrés, ansiedad y depresión no siempre están alineadas con la evaluación diagnóstica de profesionales de salud mental, ello podría generar un subregistro. Probablemente la muestra total haya sido suficiente para confirmar tendencias, pero no para comprobar la existencia de asociaciones, por ello se sugiere realizar estudios posteriores con una muestra más amplia que confirme lo obtenido. Además, se recomienda analizar las variables: personalidad resistente, resiliencia y tiempo de servicio⁽¹⁶⁾ como factores protectores ante el desarrollo de trastornos afectivos.

Otra limitación es el muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve, con el cual los resultados obtenidos no son generalizables a todo el personal policial de Lima.

Al determinar o verificar las asociaciones existentes podrá ser más fácil determinar qué medidas adoptar con el fin de disminuir los índices de estrés, ansiedad o depresión, dado que en estudios anteriores como el realizado por Torales⁽³⁹⁾ se refiere que las intervenciones y apoyo psicológico lograron disminuir síntomas de estrés, depresión y ansiedad; la tecnología sería útil para hacer llegar orientación médica y psicológica oportunamente.

6 CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se encontró asociación significativa entre situación sentimental, diagnóstico de COVID-19 y antecedente patológico con el estrés debido al COVID-19 en el personal policial; y entre edad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

No se encontró asociación significativa de la edad con el estrés y la ansiedad debido al COVID-19 en el personal policial.

No se identificó asociación significativa del sexo con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

No se estableció asociación significativa de la situación sentimental con la ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

No se determinó asociación significativa del número de hijos con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

No se identificó asociación significativa del diagnóstico de COVID-19 con la ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

No se estableció asociación significativa del antecedente patológico con la ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.

6.2 RECOMENDACIONES

En vista de los valores bajos de estrés encontrados en el personal policial, se sugiere realizar un estudio aplicando el cuestionario de Personalidad resistente para determinar si hay alguna diferencia con los porcentajes obtenidos en estudios anteriores a la pandemia, con respecto a la resiliencia en situaciones de estrés y la vulnerabilidad frente a estas.

Se podrían realizar estudios que permitan determinar la asociación entre tiempo prestado de servicio en la Policía y variables como estrés, ansiedad y depresión, para así ver si existe alguna diferencia con trabajos de investigación realizados en años anteriores^(16,23).

Además, ante el hallazgo de una asociación estadísticamente significativa entre diagnóstico de COVID-19 y la variable estrés, se sugiere continuar y evaluar la preparación logística de almacenamiento y disponibilidad de Equipos de protección personal, así esto les otorgará una sensación de seguridad que disminuiría la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos psicoafectivos

En vista de las circunstancias a las que se tienen que enfrentar los policías, se considera oportuno el uso de los resultados obtenidos en esta investigación para desarrollar intervenciones sanitarias^(55,39) que fortalezcan la salud mental de los policías, que les permita desarrollar las habilidades psicosociales necesarias para enfrentar situaciones extremas; la tecnología sería de mucha ayuda para hacer llegar orientación médica y psicológica de manera oportuna.

Por último, sería beneficioso un trabajo conjunto con profesionales de la salud mental, para corroborar si las puntuaciones de la escala DASS-21 de los niveles de estrés, ansiedad y depresión están alineadas con su evaluación diagnóstica.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stogner J, Miller BL, McLean K. Police Stress, Mental Health, and Resiliency during the COVID-19 Pandemic. *Am J Crim Justice* [Internet]. 2020 [citado 28 de septiembre de 2020];45(4):718-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09548-y>. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09548-y>
2. Wang C, Horby P, Hayden F, Gao G. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 27 de septiembre de 2020];395(10223):470-3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620301859>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
3. Nishiura H, Jung S, Linton N, Kinoshita R, Yang Y, Hayashi K, et al. The Extent of Transmission of Novel Coronavirus in Wuhan, China, 2020. *J Clin Med* [Internet]. 2020 [citado 27 de septiembre de 2020];9(2):330. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/2/330>. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9020330>
4. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
5. World Health Organization. Weekly Operational Update on COVID-19 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/weekly-updates/wou-25-september-2020-for-cleared.pdf?sfvrsn=f44d4537_2
6. Grover S, Sahoo S, Mehra A, Avasthi A, Tripathi A, Subramanyan A, et al. Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2020];62(4):354. Disponible en: <http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2020;volume=62;issue=4;spage=354;epage=362;aulast=Grover;type=0>

7. Kimhi S, Marciano H, Eshel Y, Adini B. Recovery from the COVID-19 pandemic: Distress and resilience. *Int J Disaster Risk Reduct* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2020];50:101843. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491376/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101843>
8. World Health Organization. Mental health and COVID-19 [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
9. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 27 de septiembre de 2020];17(5):1729. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
11. Fitzpatrick KM, Drawve G, Harris C. Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America's mental health. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2020 [citado 28 de septiembre de 2020];75:102291. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425672/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102291>.
12. Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 9 de noviembre de 2020];36:e00054020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/#>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020> .
13. Johnson MC, Saletti L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 28

de septiembre de 2020];25:2447-56. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es/>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>

14. Ministerio de Salud MINSA. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
15. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales-2015. Anales de Salud Mental [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>
16. Oviedo MM, Talavera R. Estrés laboral, dimensiones de la personalidad y la personalidad resistente en miembros de la Policía Nacional del Perú de Arequipa-2016 (Realizado en las comisarías Santa Marta y Palacio Viejo Arequipa) [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016 [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3537>
17. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». Sala de prensa virtual [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
18. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population. *J Clin Med* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2020];9(6):1802. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/6/1802>. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9061802>
19. Castro YR, Orjuela MA, Lozano CA, Avendaño BL, Vargas NM. Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversitas* [Internet]. 2012 [citado 6 de noviembre de 2020];8(1):53. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/111>

20. Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q, et al. Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nurs Outlook* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655420306102>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.07.007>
21. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2020];17(2):175-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7047000/>. DOI: [10.30773/pi.2020.0047](https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047)
22. Syed S, Ashwick R, Schlosser M, Jones R, Rowe S, Billings J. Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2020];77(11):737-47. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/77/11/737>. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/oemed-2020-106498>
23. Polo F, Guimarães VL, Menegon FA. Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Polícias Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde. *Psicol Ciênc E Prof* [Internet]. 2015 [citado 21 de noviembre de 2020];35(3):824-40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/q54XX48xW8pPcXXHfSSNqdb/?format=html>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002242013>
24. Son H, Lee WJ, Kim HS, Lee KS, You M. Examination of Hospital Workers' Emotional Responses to an Infectious Disease Outbreak: Lessons From the 2015 MERS Co-V Outbreak in South Korea. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. 2019 [citado 1 de octubre de 2020];13(3):504-10. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/examination-of-hospital-workers-emotional-responses-to-an-infectious-disease-outbreak-lessons-from-the-2015-mers-cov-outbreak-in-south->

korea/F9C095D8D5AD810C067A2A2CAAD7FAB2.

DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.95>

25. Mejia CR, Quispe A, Rodriguez JF, Ccasa L, Ponce VL, Varela ES, et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. abril de 2020 [citado 1 de octubre de 2020];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=en
26. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J* [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2020];59(4):170-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915631/>. DOI: [10.11622/smedj.2018043](https://doi.org/10.11622/smedj.2018043)
27. López OIF, Hernández BJ, Almirall RBA, Molina DS, Navarro JRC. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur* [Internet]. 2012 [citado 3 de abril de 2022];10(5):466-79. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2012/msu125s.pdf>
28. Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas [Internet]. [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Bernardo_Moreno-Jimenez/publication/236151656_factores_y_riesgos_psicosociales_formas_consecuencias_INSHT/links/0deec5166da54c17aa000000.pdf
29. World Health Organization. La organización del trabajo y el estrés [Internet]. [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
30. Palomo T, Jiménez MÁ. *Manual de psiquiatría*. Madrid: ENE Publicidad; 2009.
31. Morrison J. *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México: Editorial El Manual Moderno; 2015.

32. APA. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz [Internet]. [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>
33. World Health Organization. Depresión [Internet]. [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
34. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2019 [citado 27 de septiembre de 2020];17(3):181-92. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9>. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9>
35. Zaki AM, van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus ADME, Fouchier RAM. Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 [citado 2 de octubre de 2020];367(19):1814-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211721>. DOI: 10.1056/NEJMoa1211721
36. Zhong N, Zheng B, Li Y, Poon L, Xie Z, Chan K, et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *The Lancet* [Internet]. 2003 [citado 2 de octubre de 2020];362(9393):1353-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603146302>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14630-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14630-2)
37. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
38. Rodríguez AJ, Sánchez JA, Hernández S, Pérez CE, Villamil WE, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2020 [citado 2 de octubre de 2020];37(1):3-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>

39. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 [citado 2 de octubre de 2020];66(4):317-20. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020915212>. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
40. Greenberg N. Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(8):425-6.
41. Roman F, Vinet E, Muñoz AMA. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Rev Argent Clin Psicol*. 2014;23:179-90.
42. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* [Internet]. 1995 [citado 13 de octubre de 2020];33(3):335-43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/000579679400075U>
43. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2002 [citado 13 de octubre de 2020];24(3):195-205. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
44. Paredes N, Quiliche AG. Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de Lima, 2018. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41516>
45. Contreras-Mendoza I, Olivas-Ugarte LO. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2020;7.

46. Bernal N, Rosa L. Adaptación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en adultos quechua hablantes del distrito Ocongate, provincia Quispicanchis del departamento de Cusco - Perú. Univ Peru Unión [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1649>
47. Barraza L R, Muñoz N N, Alfaro G M, Álvarez M A, Araya T V, Villagra C J, et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2015 [citado 12 de noviembre de 2020];53(4):251-60. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272015000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2008017>
49. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 6 de diciembre de 2020];7(4):300-2. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620300730>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
50. Sibley CG, Greaves LM, Satherley N, Wilson MS, Overall NC, Lee C, et al. Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. American Psychologist [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2020];75(5):618-30. Disponible en: <https://content.apa.org/fulltext/2020-39514-001.html>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000662>
51. Rooney L, McNicholas F. ‘Policing’ a pandemic: Garda wellbeing and COVID-19. Ir J Psychol Med [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2020];1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298097/>. DOI: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.70>
52. Santa Maria A, Wörfel F, Wolter C, Gusy B, Rotter M, Stark S, et al. The Role of Job Demands and Job Resources in the Development of Emotional Exhaustion, Depression,

- and Anxiety Among Police Officers. *Police Q* [Internet]. 2018 [citado 7 de diciembre de 2020];21(1):109-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1098611117743957>. DOI: <https://doi.org/10.1177/1098611117743957>
53. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2020];87:49-50. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120305353>. DOI: [10.1016/j.bbi.2020.04.031](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031)
54. Chen Y, Zhou H, Zhou Y, Zhou F. Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 [citado 22 de noviembre de 2020];288:113005. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305813>. DOI: [10.1016/j.psychres.2020.113005](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113005)
55. Inchausti F, García-Poveda NV, Prado-Abril J, Sánchez-Reales S. La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica Salud* [Internet]. 2020 [citado 6 de diciembre de 2020];31(2):105-7. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a11>. DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL 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 "FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID 19 EN EL PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020", que presenta la SRTA KATHERINE DANAE APAZA LLANTOY, 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:

Dra. Lucy Elena Correa Lopez
ASESORA DE LA TESIS

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

Lima, 07 de Octubre de 2020

8.2 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 la presente, acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, **SRTA. KATHERINE DANAE APAZA LLANTOY**, 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,

Mg. Lucy Elena Correa López

Lima, 20 de octubre de 2020

**8.3 ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDUCO

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1706-2020-FMH-D

Lima, 27 de octubre de 2020

Señorita
KATHERINE DANAE APAZA LLANTOY
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID-19 EN PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020**" presentando 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 jueves 15 de octubre de 2020.

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,



MSc. Hilda Jurupe Chico.
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

8.4 ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: “FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020”.

Investigadora:

KATHERINE DANAE APAZA LLANTOY

Código del Comité: **PG-30-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISION EXPEDITA por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 24 de octubre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

8.5 ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad 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 "FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020", que presenta la Señorita KATHERINE DANAE APAZA LLANTOY 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:


Dra. CONSUELO DEL ROCÍO LUNA MUÑOZ
PRESIDENTE


Dr. DANTE MANUEL QUINONES LAVERIANO
MIEMBRO


Mg. RUBÉN ESPINOZA ROJAS
MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Mg. Lucy Elena Correa Lopez
Asesor de Tesis

Lima, 14 de mayo de 2022

8.6 ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el año 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	www.homeopatiadrricardoancarola.com Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

8.7 ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO-TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO

PALMA

FACULTAD DE MEDICINA

HUMANA MANUEL

HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

KATHERINE DANA E APAZA LLANTOY

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID-19 EN PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 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 Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021



8.8 ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el año 2020.	¿Cuáles son los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020?	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Determinar los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de octubre del 2020.</p> <p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <p>1. Determinar la asociación de la edad con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>2. Determinar la asociación del sexo con el estrés, ansiedad y</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>Existen factores asociados significativamente a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial durante el periodo de noviembre del 2020.</p> <p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</u></p> <p>1. Existe asociación significativa de la edad con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>2. Existe asociación significativa del sexo con</p>	Analítico, cuantitativo y transversal.	<p>En la presente investigación se utilizará una muestra no probabilística. El tamaño de muestra final obtenido es de 210 participantes pertenecientes al personal de la Policía Nacional del Perú.</p> <p>Los datos obtenidos se almacenarán en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se tabularán con el programa estadístico IBM SPSS V.25 evaluando e interpretando correctamente la información estadística mediante porcentajes y así comunicarla en datos cuantitativos en el informe</p>	Se empleará la Escala DASS 21, la cual será enviada por medios virtuales.

		<p>depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>3. Determinar la asociación de la situación sentimental con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>4. Determinar la asociación del número de hijos con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>5. Determinar la asociación del diagnóstico de COVID-19 con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p>	<p>el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>3. Existe asociación significativa de la situación sentimental con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>4. Existe asociación significativa del número de hijos con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p> <p>5. Existe asociación significativa del diagnóstico de COVID-19 con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.</p>		<p>final. De igual manera, el programa Microsoft Office Word permite la elaboración escrita del protocolo de investigación. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Para el procesamiento estadístico bivariado y multivariado, los datos fueron analizados con el programa estadístico STATA y se obtuvo Razones de prevalencia crudas y ajustadas para medir la fuerza de asociación entre las variables de estudio. Para la significancia de datos, se consideró un intervalo de confianza mayor a 95% y una precisión $p \leq 0.05$.</p>
--	--	---	--	--	---

		6. Determinar la asociación del antecedente patológico con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.	6. Existe asociación significativa del antecedente patológico con el estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en el personal policial.			
--	--	--	---	--	--	--

8.9 ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURAL EZA	ESCALA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Número de años indicado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa discontinua	De razón	Años biológicos	Años
Sexo	Género señalado en la encuesta	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Género orgánico	Femenino Masculino
Situación sentimental	Estado de unión social	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Condición social	Sin pareja Con pareja
Número de hijos	Cantidad de hijos señalado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa discontinua	De razón	Cantidad de hijos	Cantidad de hijos
COVID-19	Presencia o ausencia de la enfermedad, señalado en la encuesta	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Presencia o ausencia del diagnóstico	Sí No
Número de diagnóstico COVID-19	Número de veces que ha sido diagnosticado de COVID-19	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ordinal	Número de veces	1 vez 2 veces a más

Antecedente de enfermedad	Enfermedad previamente diagnosticada, según datos señalados en la encuesta	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Nombre de la enfermedad	Tipo de enfermedad
Estrés	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 8-9 puntos Moderado = 10-12 puntos Severo = 13-16 puntos Extremadamente severo = 17 o más puntos
Ansiedad	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 4-5 puntos Moderado = 6-7 puntos Severo = 8-9 puntos Extremadamente severo = 10 o más puntos
Depresión	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno. Máximo 21 puntos. Puntos medidos según la Escala DASS-21	Dependiente	Cualitativa politómica	Ordinal	Puntaje final	Leve = 5-6 puntos Moderado = 7-10 puntos Severo = 11-13 puntos Extremadamente severo = 14 o más puntos

8.10 ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

8.10.1. FICHA DE DATOS:

FICHA DE DATOS

1. Edad: _____
2. Sexo:
 - () Femenino
 - () Masculino
3. Estado civil:
 - () Soltero(a)
 - () Casado(a)
 - () Conviviente
 - () Viudo(a)
 - () Divorciado(a)
4. ¿Cuántos hijos tiene?
 - () 0
 - () 1
 - () 2
 - () 3 a más
5. ¿Cuál es la Unidad funcional donde trabaja?
 - () Comisaría
 - () USE
 - () Otros: _____
6. ¿Fue diagnosticado(a) de COVID-19?
 - () Sí
 - () No
7. ¿Cuántas veces ha sido diagnosticado de COVID-19?
 - () 1 vez
 - () 2 o más veces
8. ¿Padece de alguna enfermedad (diferente a COVID-19)?
 - () Sí
 - () No

9. ¿Qué otra enfermedad?: _____

8.10.2. CUESTIONARIO:

Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

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.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo...	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3

20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Referencia original:

Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Elsevier, Great Britain. 1995;33(3):335-343. ⁽⁴²⁾

Validación:

Daza P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Estados Unidos. 2002;24(3). ⁽⁴³⁾

Roman F. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Argentina. 2014;23(2):179-190. ⁽⁴¹⁾

Modo de corrección:

El DASS-21 posee tres subescalas, Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

– Estrés:

8-9: estrés leve

10-12: estrés moderado

13-16: estrés severo

17-21: estrés extremadamente severo

– Ansiedad:

4: ansiedad leve

5-7: ansiedad moderada

8-9: ansiedad severa

10-21: ansiedad extremadamente severa

– Depresión:

5-6: depresión leve

7-10: depresión moderada

11-13: depresión severa

14-21: depresión extremadamente severa

8.10.3. ENCUESTA VIRTUAL:

ENCUESTA: FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
DEBIDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020

La presente encuesta es parte de la realización del trabajo de investigación “FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEBIDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL POLICIAL DURANTE EL AÑO 2020” como parte de un trabajo de investigación para la obtención de la Titulación por Tesis. Se adjunta la recopilación de datos personales seguido de 21 preguntas. Los resultados de esta encuesta solo se usarán para fines científicos. Se agradece por anticipado la participación y la sinceridad en las respuestas.

*

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo acepto participar en la presente encuesta virtual y manifiesto que he sido informado(a) de que seré evaluado(a) de manera confidencial y anónima sobre el estudio “Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión debido al COVID-19 en personal policial durante el año 2020”, a cargo de la estudiante de sexto año de Medicina Humana, Katherine Danae Apaza Llantoy.

También he sido informado(a) de que en el estudio no se publicarán nombres o cualquier dato que me identifique, y que mis datos serán incluidos en una base de datos en Excel.

Tomando esto en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a la realización de la encuesta y a que la información sea justificada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Sí acepto.

No acepto.

Página 2 de 6:

Edad: _____

Sexo:

Masculino

Femenino

Situación sentimental:

Con pareja

Sin pareja

Número de hijos:

0

1

2

3 a más

¿Fue diagnosticado(a) de COVID-19?:

Sí

No

Página 3 de 6:

¿Cuántas veces fue diagnosticado(a) de COVID-19?:

1 vez

2 o más veces

Página 4 de 6:

¿Padece alguna otra enfermedad?:

Sí

No

Página 5 de 6:

¿Qué otra enfermedad?: _____

Página 6 de 6: Encuesta Escala DASS-21

1. Durante la semana pasada: Me ha costado mucho descargar la tensión:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

2. Durante la semana pasada: Me di cuenta que tenía la boca seca:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
3. Durante la semana pasada: No podía sentir ningún sentimiento positivo:
- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
4. Durante la semana pasada: Se me hizo difícil respirar:
- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
5. Durante la semana pasada: Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas:
- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
6. Durante la semana pasada: Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones:
- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
7. Durante la semana pasada: Sentí que mis manos temblaban:
- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

8. Durante la semana pasada: He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía:

- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

9. Durante la semana pasada: Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo:

- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

10. Durante la semana pasada: He sentido que no había nada que me ilusionara:

- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

11. Durante la semana pasada: Me he sentido inquieto:

- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

12. Durante la semana pasada: Se me hizo difícil relajarme:

- No me ha ocurrido.
- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

13. Durante la semana pasada: Me sentí triste y deprimido:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

14. Durante la semana pasada: No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

15. Durante la semana pasada: Sentí que estaba al punto de pánico:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

16. Durante la semana pasada: No me pude entusiasmar por nada:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

17. Durante la semana pasada: Sentí que valía muy poco como persona:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

18. Durante la semana pasada: He tendido a sentirme enfadado con facilidad:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

19. Durante la semana pasada: Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

20. Durante la semana pasada: Tuve miedo sin razón:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

21. Durante la semana pasada: Sentí que la vida no tenía ningún sentido:

No me ha ocurrido.

Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

Agradezco el tiempo tomado y la sinceridad en las respuestas. Ante cualquier duda con respecto al llenado de la encuesta, escribir a: katherine.apaza@urp.edu.pe

**8.11 ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS
SUBIDA EN EL INICIB-URP.**

<https://drive.google.com/drive/folders/13qK39bLJAfHIIWvt-Q1wJpBudAJ85Bcn>