

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN**  
**PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL CARLOS**  
**LANFRANCO LA HOZ, DICIEMBRE 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**  
**LUCERO SOLEDAD QUISPE ERASMO**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**ASESOR**

DRA. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

## **AGRADECIMIENTO**

Al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y personal asistencial médico, por sus enseñanzas y el apoyo para la realización de este estudio.

A mi asesora Dra. Rosa Bertha Gutarra Vílchez por el apoyo constante para poder realizar la presente tesis.

## **DEDICATORIA**

Al Señor de los Milagros, por las bendiciones concedidas, por ser mi fuente, por darme la capacidad, la valentía y la fortaleza para poder realizar cada uno de mis sueños.

A mis Padres, Raúl y Graciela por su amor infinito, por su ejemplo a seguir, por ser mi fortaleza en los momentos adversos, por sus consejos, palabras de aliento que me ayudan a crecer como persona y luchar por mis sueños, gracias por enseñarme valores que me han llevado a cumplir este gran sueño de ser Médico.

A mi familia por ser mi soporte en los momentos de adversidad, por el apoyo, consejos brindados, las palabras de aliento y muestras de cariño.

A mis abuelos, Fortunato Quispe, Leónidas Guillén, Hipólito Erasmo, Herminia Luque, por su amor infinito, por llevarme presente en cada una de sus oraciones.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial de salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017.

**MÉTODO DE ESTUDIO.** Es un estudio observacional, transversal y, no prospectivo. La muestra fueron 150 profesionales seleccionados de forma probabilística y calculada mediante una fórmula para estudios transversales. Se realizó una encuesta auto suministrada mediante la escala de Goldberg para depresión y ansiedad. Los datos obtenidos fueron analizadas mediante pruebas univariadas y mediante pruebas bivariadas se comparó la prevalencia en diferentes subgrupos mediante el chi cuadrado o f de fisher para un  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS.** Se encontró en el personal asistencial del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz que la prevalencia de ansiedad fue 0.002 y de depresión 0.3. Estas prevalencias varían en subgrupos. La ansiedad (43.5%) y depresión (58.7%) fue mayor en el servicio de medicina y en el personal de enfermería la ansiedad (51.1%) y depresión (55.3%). En relación al estado civil, la depresión fue mayor en solteros (56%). No se encontró evidencias para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía según estado civil, edad y género. Tampoco para afirmar que la prevalencia de depresión varía según sexo y edad.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de ansiedad y depresión en la población estudiada es similar a los estudios publicados. Estas prevalencias estuvieron incrementadas en el servicio de medicina y en el personal de enfermería. Se recomienda implementar intervenciones para disminuir estas patologías y de forma especial en el servicio de medicina y en el personal de enfermería.

**PALABRAS CLAVES:** Ansiedad, Depresión, Personal de Salud.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of anxiety and depression in health care personnel at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the period January to December 2017.

**METHOD OF STUDY:** It is an observational, cross-sectional, and prospective study. The sample consisted of 150 professionals selected probabilistically and calculated using a formula for cross-sectional studies. A self-administered survey was conducted using the Goldberg scale for depression and anxiety. The data obtained were analyzed by univariate tests and by bivariate tests, the prevalence in different subgroups was compared using the chi square or f of fisher for  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** Hospital staff at the Hospital Carlos Lanfranco la Hoz dat die voorkoms van angs 0.002 was en depressie 0.3. These prevalences vary in subgroups. Anxiety (41.4%) and depression (58.6%) was greater in the pediatric service and in the nursing staff, anxiety (51.1%) and depression (53%). In relation to marital status, depression was greater in singles. No evidence was found to affirm that the prevalence of anxiety varies according to marital status, age and gender. Neither to affirm that the prevalence of depression varies according to sex and age.

**CONCLUSION:** The prevalence of anxiety in the study population is similar to the published studies, while the prevalence of depression is high compared to other studies. These prevalences were increased in the pediatric service and in the nursing professionals. It is recommended to implement interventions to reduce these pathologies and especially in the pediatric service and in nurses.

**KEY WORDS:** Anxiety, Depression, Health Personnel.

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo de investigación cuyo título es “Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz (HCLLH), Diciembre 2017”, está relacionado con diversos factores sea laboral, social o familiar que influye directamente en la actitud emocional del personal, el objetivo de esta tesis está sometida a múltiples actitudes que puede tomar un profesional de salud incluso convirtiéndose en un trastorno mental debido a estrés laboral, bajos salarios, escaso material de trabajo, etc.

Este trabajo de tesis consta de cinco capítulos donde en el primer capítulo, se trata acerca del problema a explorar, poniendo al alcance la situación actual sobre la ansiedad y depresión, y conocer los objetivos que se plantean en el trabajo a realizarse en el personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.

En el segundo capítulo, se avoca a conocer sobre los antecedentes que se encuentran relacionados al tema de investigación, así como conocer la teoría planteada hasta el momento sobre la ansiedad y depresión.

En el tercer capítulo, se describe la metodología de estudio de la investigación a tratar, como conocer a la población e instrumentos a utilizar, y del tipo de análisis a proceder a realizar.

En el cuarto capítulo, se dará a conocer los resultados y la discusión sobre los datos obtenidos en el estudio.

En el quinto capítulo, se presenta las conclusiones sobre el tema investigado, así como la realización de recomendaciones posibles para solucionar problemas encontrados.

## INDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
DEDICATORIA .....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
INDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS .....	X
LISTA DE GRÁFICOS .....	XII
LISTA DE ANEXOS .....	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 OBJETIVOS.....	3
1.4.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
1.5 PROPÓSITO.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASE TEÓRICA.....	13
2.3. HIPÓTESIS.....	26

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONALES.....	26
2.5. VARIABLES.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	28
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	28
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	28
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	30
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	32
4.1. RESULTADOS.....	32
4.2. DISCUSIÓN.....	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1. CONCLUSIONES.....	47
5.2. RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	54

## LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL SERVICIO DE ATENCIÓN	32
TABLA N° 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL SERVICIO DE SALUD	33
TABLA N° 3: PREVALENCIA DE ANSIEDAD POR TIPO DE PROFESIÓN	34
TABLA N° 4: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA PROFESIÓN	35
TABLA N° 5: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO	36
TABLA N° 6: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO	37
TABLA N° 7: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL	38
TABLA N° 8: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL	39
TABLA N° 9: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DISTRIBUIDA A CATEGORÍA DE EDAD	40
TABLA N° 10: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA DISTRIBUCIÓN DE EDAD	41
TABLA N° 11: PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD	42

TABLA N° 12: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD 43

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL SERVICIO DE ATENCIÓN	32
GRÁFICO N° 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL SERVICIO DE SALUD	33
GRÁFICO N° 3: PREVALENCIA DE ANSIEDAD POR TIPO DE PROFESIÓN	34
GRÁFICO N° 4: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA PROFESIÓN	35
GRÁFICO N° 5: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO	36
GRÁFICO N° 6: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO	37
GRÁFICO N° 7: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL	38
GRÁFICO N° 8: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL	39
GRÁFICO N° 9: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DISTRIBUIDA POR CATEGORÍA EDAD	40
GRÁFICO N° 10: DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA DISTRIBUCIÓN DE EDAD	41
GRÁFICO N° 11: PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD	42

GRÁFICO N° 12 : PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

43

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS	57
ANEXO N° 3: VALIDÉZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS	59
ANEXO N° 4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS	62
ANEXO N° 5: MATRÍZ DE CONSISTENCIA	63
ANEXO N° 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO	66

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente la ansiedad constituye uno de los trastornos psicológicos de estado de ánimo más frecuente en conjunto con la depresión<sup>1</sup>. Las causas por las que se desarrollan los trastornos mentales no son del todo bien conocidas, pero se ha reconocido que la etiología es multifactorial y así se tienen referentes para corroborar un diagnóstico de ansiedad o depresión con factores biológicos, y psicosociales<sup>1</sup>.

Se ha considerado que la prevalencia de los trastornos mentales es mayor en poblaciones con factores sociales, médicos y entre otros<sup>2</sup>, donde los niveles elevados de estrés que conviven día a día el personal de salud, conllevan a problemas de salud mental entre los cuales se pueden presentar; los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, suicidio, abuso de alcohol, entre otros<sup>3</sup>.

El personal de salud no se encuentra exento a presentar este tipo de trastorno, es así que es considerada como prevalente dentro de los desórdenes psiquiátricos, los cuáles influyen de forma negativa a nivel biopsicosocial, resultando en ausentismo laboral, deterioro en el desempeño laboral, entre otras consecuencias<sup>4,5</sup>.

El profesional de la salud se encuentra expuesto a un grado de depresión de origen asistencial; riesgos psicosociales laborales; y sus efectos revierten en una práctica profesional inadecuada, menor satisfacción laboral, motivación y compromiso e incluso se ha vinculado a una mayor accidentabilidad y una peor calidad de la atención, siendo los principales afectados los pacientes, fragmentando entonces la relación médico-paciente<sup>6</sup>.

Las manifestaciones de depresión que se manifiesta en el personal de salud, son inducidas por las vivencias de situaciones individuales que no se puede controlar que van acompañadas de sentimiento de angustia y emociones

dolorosas, traducidas en un fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste con la realidad para adaptarse al entorno, sobre las situaciones que le rodea y de su futuro inmediato<sup>7</sup>.

Ante ello, el objetivo del trabajo tiene como finalidad de demostrar la prevalencia de ansiedad y depresión que existe en el personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial de salud del HCLLH durante el mes de diciembre de 2017?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de ansiedad y depresión son en conjunto, uno de los problemas de salud mental más frecuente en todo grupo de edad, que se relaciona con los cambios de la sociedad, la falta de apoyo social y familiar, que incluso pueden volver víctimas de estigmatización y discriminación<sup>8</sup>.

La organización mundial de salud, en su informe da alerta sobre el aumento progresivo de los trastornos mentales; desde el año 1990 - 2013 ha incrementado en un 50% convirtiéndose en la enfermedad no contagiosa más extendida en el mundo, representando el 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, además añaden que estos problemas de salud mental incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades físicas, como problemas del cardiacos, neoplásicos, infecciosas u otras afecciones<sup>9</sup>.

La depresión es muy estudiada y conocida por el entorno de la salud mental, la OMS refirió que la depresión es la enfermedad que más discapacidad produce muy por delante de enfermedades comunes e incluso se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados<sup>10</sup>.

Por lo tanto, es una necesidad conocer la prevalencia de trastornos mentales que exista en el personal de salud, donde se hace necesario trabajar un abordaje de salud pública en la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales, para poder así diseñar e implementar lineamientos y políticas que reduzcan la carga de estas condiciones.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de ansiedad y de depresión en el personal asistencial de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al servicio que laboran en el HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.
- Determinar la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo a la profesión del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.
- Determinar la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo al género del personal de salud del HCLLH durante el mes diciembre del 2017.
- Conocer la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo al estado civil del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.
- Conocer la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo al grupo de edad del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre 2017.

## **1.5 PROPÓSITO**

El propósito de este estudio de investigación, tiene como finalidad conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en el personal asistencial de salud del HCLLH.

La alteración del estado de ánimo como la depresión o la ansiedad afecta de alguna manera en el paciente al momento de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas; por lo que se hace necesario poder estudiar su presencia para poder brindar el manejo temprano a los médicos.

Con los resultados se les brindará a las altas autoridades, para que conozcan la realidad de la patología que se suscita en dentro de la institución, y así se puedan establecer las medidas oportunas, acciones claves, y poder establecer estrategias, con la finalidad de que el personal de salud pueda brindar una adecuada atención, siendo los mayores beneficiados, los pacientes, tanto para aquellos que acudan por consulta externa o en hospitalización.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

García-Rivera y cols., en su estudio de investigación "Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en enfermeras del sector de salud pública de México", a través de un estudio de diseño descriptivo-correlacional, no experimental realizado en México en el 2014, con el objetivo principal el de identificar si existen diferencias significativas entre las condiciones emocionales y de género (depresión, ansiedad y estrés) en los trabajadores en una institución del sector de salud pública, utilizando la escala de depresión, ansiedad y estrés (BV-21). Los resultados fueron la participación de 130 empleados; por sexo: el 86.15% de los trabajadores eran mujeres y el 13.85% hombres, respecto a la antigüedad: el 55.38% tenían menos de 3 años, el 30.76% entre 4 y 9 años, 10.76% trabajó 10 años o más con respecto al turno: 39.23% trabajó en el turno de la mañana, 36.92% en el turno de la tarde, turno de noche 6.15% y 17.69% recibió un turno mixto. En cuanto a los estados emocionales afectivos, el 21,5% de las personas tienen un grado de depresión, que no se ha observado en un serio final al aparecer ansiedad en el 28.5% del personal y de este 4,6% un grave grado final En caso de tensión, también se ubican manifestaciones de extrema gravedad, aunque con un porcentaje mínimo de 0.8%. Sin embargo, se encontró que solo los hombres a comparación de las mujeres previenen los niveles extremadamente severos de ansiedad en 5.4% y el estrés en 0.9%, los hombres no experimentan niveles severos extremos de ninguna condición emocional afectiva<sup>11</sup>.

Gómez-Martínez y cols., en su estudio de investigación "Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos", elaborado en España durante el 2015, con el objetivo de evaluar los problemas de ansiedad, depresión y percepción subjetiva del

estado de ánimo en profesionales de las UCIs, con la participación de 117 profesionales sanitarios de la UCI de un Hospital de la Comunidad Valenciana (España), mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Los resultados fueron los siguientes: Aproximadamente el 24% presenta un grado leve de depresión y el 6.5% presentaría síntomas de depresión moderada. Por lo que respecta a la ansiedad evaluada a través del cuestionario HADS, el 55% de los participantes ha obtenido puntuaciones que lo sitúan en la normalidad, el 25.8% presentaría un posible problema clínico y el 19.6% un probable problema clínico. En esta misma escala, en cuanto a la depresión, el 54.6% se sitúa en la normalidad, mientras que el 9.45 y 4.21% tendría un posible y probable problema clínico respectivamente. Donde los resultados muestran que trabajar a diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales<sup>12</sup>.

Palmer-Morales y cols., realizaron un estudio descriptivo y transversal realizado en México en 2016, cuyo objetivo era reducir la frecuencia de la depresión en médicos internos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Mexicali, Baja California, y el instrumento que utilizan para saberlo fue la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, con la participación de 70 médicos internos y los resultados se establecieron de la siguiente manera: la edad promedio fue de  $24.3 \pm 1.9$ , con un mínimo de 22, máximo 36 años (IC ~ 95%) 23.83 a 24.77). La depresión más común en el sexo femenino en el 20% también fue del 10% durante la rotación obstétrica ginecológica. Además, la tasa general de depresión fue del 28,6%, la del lavado mínimo en el 18,6%, la moderada en el 10% y la severa del 0%. Concluyen en el estudio, que indica la presencia de depresión en los médicos internos<sup>13</sup>.

Vázquez-Ramírez y cols., en su trabajo de investigación “Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México”, cuyo estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y depresión en médicos residentes, así como la relación con su calidad de vida, donde participaron 77 médicos residentes de las especialidades “troncales” de un hospital regional y de la especialidad de Medicina Familiar. Dentro de los resultados 07 residentes (9,1%) presentaron ansiedad moderada, 02 residentes (2,6%) ansiedad severa y doce residentes (15,5%) presentaron algún grado o nivel de ansiedad y depresión; en cinco residentes se presentó tanto ansiedad moderada o severa, como depresión moderada y grave, siendo todos de diferentes especialidades. En cuanto a la calidad de vida, para el total de la población, la dimensión con promedio más bajo fue dolor (1,94%), mientras que el promedio más alto fue en sentimientos (2,51%), cabe recordar que a mayor promedio peor calidad de vida. Por especialidad los promedios más altos para el total y la mayoría de las dimensiones correspondieron a las especialidades de Urgencias Médicas y Medicina Interna. Sin embargo, no se presentó asociación con significancia entre la calidad de vida total y las especialidades médicas ( $p=0.722$ ). Concluyendo sobre una evidente muestra sobre dos trastornos de salud mental que puede producir efectos importantes sobre la calidad de vida relacionada con la salud en aquellos que brindan la atención médica<sup>14</sup>.

Rodríguez A y cols., en su estudio “Impacto de un programa de actividad física en la ansiedad, la depresión, el estrés laboral y el síndrome de burnout de los profesionales de enfermería”, cuyo objetivo era evaluar los efectos de un programa de actividad física en el lugar de trabajo (AFT) en los niveles de ansiedad, depresión, fatiga, estrés laboral y la autoestima de la salud y calidad de vida asociada con el trabajo de un equipo de enfermería en una unidad de cuidados paliativos. Este estudio es un tipo pre-puesto de intervención cuasi-

experimental, con una muestra de 54 profesionales, mediante el Inventario de Maslach Burnout (MBI) escalas; el estrés laboral se ha evaluado con Job Stress Scale (JSS); y un cuestionario semiestructurado también se utilizó para evaluar las percepciones individuales de los cambios en la salud y la calidad de vida (QOL). En consecuencia, ocho (38,1%) participantes clasificados como ansiosos y después de la intervención, cinco (23,8%) permanecieron en la misma categoría ( $p = 0,18$ ). En términos de depresión, a pesar de una disminución en el número de casos positivos, no alcanzó una diferencia estadística significativa ( $p = 0,10$ ). Teniendo en cuenta estos datos se concluye que los programas deben llevarse a cabo tanto la ansiedad y la depresión, que se muestra por los profesionales de la salud, eliminando de esta manera mejorar la calidad de vida en relación con su trabajo<sup>15</sup>.

Mascarúa-Lara y cols., en su estudio “Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar”, con el objetivo de identificar la presencia de ansiedad y/o depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar, mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, utilizando el test de Hamilton, y la depresión con el test de Beck. Los resultados mostraron de 56 residentes de Medicina Familiar, 41 (73.21%) del sexo femenino y 15 (26.79%) del masculino, con edad media de 30 años; 28 residentes (50%) estaban solteros al momento del estudio. Con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve, encontrándose sobre todo en residentes de segundo año con 5 casos (45.4%), y en cuanto al estado civil, 6 (45.5%) eran solteros. Los autores llegaron a las siguientes conclusiones, predominaron médicos residentes de medicina familiar que no presentaron algún grado de ansiedad y/o depresión; de los residentes que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión leves fueron las más frecuentes<sup>16</sup>.

Ansoleaga en su estudio “Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público”, realizado en Chile durante el 2015, tuvo como objetivo evaluar el nivel de riesgo psicosocial y su relación con la depresión, la angustia y el uso de drogas psicotrópicas entre los trabajadores de la salud, donde se evaluaron a setecientos ochenta y dos trabajadores (602 mujeres y 180 hombres). Dentro de los resultados, el 25% de los encuestados usaron drogas psicotrópicas, el 34% tenían un alto nivel de angustia y el 23% tenían síntomas depresivos; mayor en mujeres (25%), hombres 17%, también informaron altas demandas emocionales (47%), bajo apoyo social (41%) y un importante desequilibrio esfuerzo-recompensa (67%), aquellos expuestos a la tensión laboral (altas demandas y baja latitud decisional), tensión laboral más baja asistencia social y desequilibrio esfuerzo-recompensa tenían el doble de probabilidades de sufrir síntomas de depresión y angustia elevada en comparación con sujetos no expuestos. Concluyen que existen altos niveles de estrés psicosocial entre los trabajadores de la salud<sup>16</sup>.

Saldaña y colaboradores en su estudio titulado “Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal”, realizado en México durante el 2014, con el objetivo de analizar la prevalencia en un intervalo a 30 días de la depresión en médicos residentes que se encuentren realizando la especialidad médica, mediante un estudio observacional, descriptivo, realizado en el Hospital General Xoco, el Centro de Salud «Dr. José Castro Villagrana» y el Hospital General «Dr. Enrique Cabrera y Cossío», donde aplicaron los cuestionarios SRQ. De los resultados en 119 médicos residentes de Urgencias Médicas, Cirugía General, Medicina Interna y Medicina Familiar; 52% del sexo femenino y 48% del masculino, obteniendo una prevalencia de 7.56 por cada 100 médicos especialistas con probables casos de episodio depresivo grave y 27 de cada 100 con episodio depresivo moderado. Concluyendo en su estudio con una prevalencia de la depresión que se distribuye en episodio depresivo leve, 64

de cada 100 residentes; episodio depresivo moderado, 27 por cada 100 residentes de especialidad, y 7.56 episodios depresivos graves por cada 100 y con más frecuencia en el sexo femenino<sup>17</sup>.

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

Anticona Escobar y colaboradores en su estudio “Ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017”, con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, mediante un estudio observacional descriptiva-transversal y prospectiva, conformado por 241 sujetos (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería), el instrumento de evaluación fue el Inventario Beck para ansiedad y depresión. De sus resultados, se presentó un 69% de depresión en comparación con un 75% de ansiedad en los trabajadores de salud, los niveles de depresión presentados fueron: Mínima (30,29%), leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%); en tanto los niveles de ansiedad fueron: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%). Demostrando así la presencia tanto de ansiedad como de depresión en el personal de salud, mayor en género femenino y en licenciados de enfermería<sup>18</sup>.

Clemente Doroteo en su tesis “Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015”, con el objetivo de determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presentan los profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud, mediante un estudio descriptivo, tipo observacional, prospectivo y transversal, conformado por 36 profesionales de enfermería, utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrés de Karasek. Obtuvo como resultados que el 83,3% (30 enfermeros) ( $X^2=16,0$ ;  $P\leq 0,00$ ) presentaron estrés moderado, el 66% (24 enfermeros) ( $X^2=19,5$ ;  $P\leq 0,00$ ) manifestaron ansiedad mínima y

33,3% (12 enfermeros) ( $\chi^2=20,2$ ;  $P\leq 0,00$ ) revelaron depresión leve. Concluyen mencionando que el nivel de estrés que predomina en los profesionales de enfermería es el estrés Moderado, el nivel de ansiedad que predomina es la ansiedad mínima, nivel de depresión que predomina es la no depresión el, los niveles de estrés, ansiedad y depresión valorados en el estudio varían<sup>19</sup>.

Arteaga Romaní y cols., en su trabajo de investigación, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI) durante el año 2013, realizando un estudio transversal con una muestra de 238 trabajadores seleccionados por muestreo aleatorio simple, previo consentimiento informado. Usaron la Escala de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), evaluando los ámbitos cognitivo, somático y emocional, donde se valora la ansiedad y la depresión. Obteniendo como resultados, que la prevalencia de síndrome de Burnout fue de 3,78% (9 casos) y 229 casos (96,22%) se encuentran en riesgo de tener este problema, hallaron diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos ( $p<0,05$ ), mas no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según sexo ( $p=0,815$ ), morbilidad crónica ( $p=0,167$ ), estado civil ( $p=0,773$ ), grado de instrucción ( $p=0,174$ ), profesión ( $p=0,406$ ), grupo ocupacional ( $p=0,063$ ), condición laboral ( $p=0,595$ ), las diferentes áreas de trabajo ( $p>0,05$ ) ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio ( $p=0,155$ ). Concluyendo que existe baja prevalencia de síndrome de Burnout en el personal; sin embargo, la mayoría está en riesgo de padecerlo, siendo un factor de riesgo la ingesta de medicamentos<sup>20</sup>.

Gago K y cols., en su investigación “Clima laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, Perú”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la percepción de clima laboral y el síndrome de burnout en enfermeras, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, donde contaron con la participación de 97 enfermeras y utilizando como instrumento el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Tras analizar los datos, su estudio reveló una relación directa y significativa entre la percepción del clima laboral y la dimensión realización personal del burnout, así también se encontró que la diferencia de medias de clima laboral y del burnout según las áreas de trabajo, evidenció ser significativas en ambas variables, pero en burnout solamente para la dimensión despersonalización, obteniendo mayores puntuaciones promedio en las enfermeras de UCI, sobre los servicios de medicina, cirugía y emergencias<sup>21</sup>.

Mejía C y cols., al elaborar su estudio “Factores socio-laborales asociados al maltrato psicológico, físico y sexual en el personal de salud en dos hospitales de Lima, Perú”, con el objetivo de determinar los factores asociados al maltrato laboral en el personal de salud de dos hospitales, mediante un estudio transversal analítico, donde se indagó la percepción de maltrato físico, psicológico y sexual durante su trabajo en la institución; para obtener resultados analíticos se usó los modelos lineales generalizados; familia Polisón y función de enlace log. De los 201 encuestados el 62% fueron mujeres, con una mediana de edades de 34 años, el 90% (149) se ha sentido maltratado por lo menos una vez en alguno de los 3 tipos de ítems evaluados, el maltrato psicológico se presentó entre el 81-90%, el maltrato físico del 49-66% y el sexual del 21-34%. En conclusión, existe alta la frecuencia de maltrato en el personal de salud evaluado, siendo el maltrato psicológico el presente en casi la totalidad de los encuestados; enfermeras 89%, médico 84%; esto un problema del ámbito laboral y profesional, que debe ser evaluado e intervenido, para la mejora del ambiente laboral<sup>22</sup>.

Villavicencio Castro en su tesis “Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015”, realizada con el objetivo de estimar la asociación entre la depresión y el Síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital, mediante un estudio observacional, descriptivo y analítico transversal. Obtuvo dentro de los resultados, de una muestra estuvo conformada por 39 médicos residentes y 81 internos de medicina, una asociación entre la presencia de Síndrome de Burnout y depresión con un OR: 83.06, IC 95%:24.81 – 278.04 y  $p < 0.001$ , medida por regresión logística. Concluyen en su estudio, que la prevalencia global del Síndrome de Burnout fue 46.7%, demostrando que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo alto, estadísticamente significativo, para desarrollar depresión<sup>23</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 DEFINICIÓN:**

**Depresión:** Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental común caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser crónica o repetitiva y afecta significativamente el rendimiento en el trabajo o la escuela y la capacidad de manejar la vida cotidiana. En su peor forma, puede conducir al suicidio. Si es leve, puede tratarse sin medicación, pero si es moderada o grave, se requiere medicación y psicoterapia profesional<sup>24</sup>.

**Ansiedad:** Etimológicamente, la palabra ansiedad deriva del latín "anger" que significa, sensación de estrechez y de angustia anímica, la razón por la cual el individuo a menudo tiende a presentar un cuidado excesivo y permanente, que es difícil de controlar. La ansiedad se define como un trastorno neurológico y subjetivo que se manifiesta como una respuesta a situaciones de estrés continuo o como una reacción de advertencia que coloca al individuo

en un estado de defensa en diferentes situaciones en una situación de miedo desagradable constante, aunque esto como un estado de defensa se está volviendo patológico cuando cambia el comportamiento del individuo porque no puede enfrentar situaciones cotidianas, que es más amenazante que algo beneficioso<sup>25</sup>.

### **2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La organización mundial de la salud, refiere que entre el 25-50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental, considerando la depresión como la ansiedad como trastornos mentales más prevalente, calculándose más del 20% de la población en general<sup>26,27</sup>.

**Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo; es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio. La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados, y será el principal motivo en todo el mundo en el año 2020, según la OMS <sup>(24)</sup>. En cuanto a las tasas de incidencia, pese a que los trabajos de este tipo son escasos, se pueden establecer en torno a 500-1.000 nuevos depresivos por cada 100.000 habitantes por año, entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que, en el hombre, al menos en las edades medias de la vida, la edad de mayor riesgo es en torno a la tercera edad de la vida, sobre el estado civil que con mayor frecuencia se asocia a padecer un trastorno depresivo mayor es el estar previamente casado (separado o divorciado), además existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de esta enfermedad, al menos para las depresiones leves<sup>28</sup>.

**Ansiedad:** El Trastorno de ansiedad es el trastorno más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria, además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años, las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y su incidencia avanza conforme avanza la edad<sup>29</sup>.

Existe una significativa variabilidad en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad, con diferencias notables entre muestras de la población general, por ejemplo, recientemente, en E.E.U.U. de Norteamérica, la tasa de prevalencia anual de trastornos de la ansiedad en la población general es del 12,6%; los más frecuentes son la "fobia social" (tasa de prevalencia entre 3 y 13%) y la "fobia específica" (con tasa de prevalencia global que oscila entre 10 y 11%), donde la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente del 5%. Se estima que la prevalencia anual del trastorno obsesivo - compulsivo es del 2,1%<sup>30</sup>.

### **2.1.3 FACTORES DE RIESGO**

**Depresión:** A lo largo de los años, se han descrito varios factores de riesgo para la depresión, como las mujeres y los bajos niveles socioeconómicos, y los factores genéticos y constitucionales son muy importantes al comienzo de esta enfermedad. Los estudios también coinciden en que factores como el abuso sexual, el aislamiento social y los antecedentes familiares de depresión están involucrados en el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, se ha observado que la edad es uno de los factores más variables, aunque los problemas de salud mental parecen ocurrir más a menudo en los adultos jóvenes. La sintomatología depresiva iniciada antes de los 21 años es un riesgo particular, ya que estos pacientes ofrecen un primer episodio de mayor duración, tasas de repetición y comorbilidad más altas y hospitalizaciones más prolongadas. Además, pueden cambiar su desarrollo normal, afectando el

período de capacitación y afectando adversamente las opciones de trabajo posteriores y la situación socioeconómica<sup>31</sup>.

**Ansiedad:** La mayoría de factores de riesgo de este trastorno son muy similares a los presentados en la depresión; siendo los más frecuentes son la edad (30-60 años), sexo femenino, estatus socioeconómico bajo, estado civil, consumo excesivo de tabaco, eventos vitales estresantes, padres fríos y sobreprotectores, características de personalidad (inhibición conductual, neurotismo, evitación del daño), historia parental o propia de trastornos mentales, historia personal de trastornos de ansiedad y haber recibido tratamiento psiquiátrico<sup>32</sup>.

#### **2.1.4 CLASIFICACIÓN**

**Depresión:** Existen gran variedad de trastornos depresivos. Los más frecuentes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico<sup>33</sup>:

- **El trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que anteriormente eran agradables. La depresión grave obstaculiza a la persona y evita que funcione normalmente. Un episodio de depresión severa solo puede ocurrir una vez en el curso de la vida de una persona, pero generalmente supera su vida
- **El trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.
- **Depresión psicótica**, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

- **Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15% de las mujeres padecen depresión posparto.
- **El trastorno afectivo estacional**, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz y requieren de medicamentos.
- **El trastorno bipolar**, también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión)

**Ansiedad:** La ansiedad puede manifestarse por diferentes formas de expresión como ocurre con<sup>25</sup>:

- **El pánico:** que se caracteriza por una aparición brusca de miedo intenso, que puede surgir espontáneamente o por la presencia de algún estímulo. El individuo presenta manifestaciones como sensación de frío-calor, sudoración, miedo a perder el control e inclusive la sensación de morir.
- **La fobia:** se caracteriza por presencia de angustia ante una situación real o imaginaria, que podría culminar con la eliminación del factor causante del temor, además presenta manifestaciones como; miedo a objetos, fobia social y agorafobia que no es más que el temor de encontrarse en un sitio con gran afluencia de personas.
- **La ansiedad generalizada:** se caracteriza por la aparición permanente de síntomas de ansiedad, sin ninguna causa aparente, razón por la que el individuo constantemente se encuentra preocupado e incapaz de tener el

control de un momento determinado, presentando inquietud, tensión muscular aumentada, irritabilidad y dificultad para dormir.

- **La conducta obsesivo-compulsiva:** donde el individuo asume ideas o pensamientos repetitivos, que no desaparecen, aunque lo intente por todos los medios, acompañado de un cambio en la conducta personal.
- **El estrés postraumático:** característico de pacientes, con antecedentes de padecimiento de un daño físico o psicológico. Presenta manifestaciones como insomnio, irritabilidad y pérdida de concentración.

### **2.1.5 CUADRO CLÍNICO:**

**Depresión:** No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas, la gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular, por tanto, pueden presentar los siguientes síntomas<sup>28</sup>:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.

- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

**Ansiedad:** Al ser la ansiedad una reacción de alerta ante el peligro, las personas que padecen de dicho trastorno pueden presentar manifestaciones:

- **Físicas:** problemas cardiovasculares, digestivos, respiratorios y dermatológicos, e incluso datos relacionados a trastornos del sistema inmune, como la artritis reumatoide.
- **Mentales:** como, alteración del estado anímico, depresión elevada, adicciones al tabaco, alcohol, trastornos de la alimentación, del sueño y además de pérdida de control de los impulsos.

Como la ansiedad es un conjunto de manifestaciones que afectan el estado anímico de una persona, principalmente ocasiona problemas en cuatro áreas individuo<sup>25</sup>:

- **Control psicológico:** donde presenta manifestaciones como inquietud interna, miedo a perder el control de las situaciones por inseguridad a sí mismo, pensamientos de la nada, además de sentir el temor tanto a la muerte como a la locura y al suicidio.
- **Control de la conducta:** el individuo se encuentra en continuo estado de alerta o de hipervigilancia, con dificultad para reaccionar ante un peligro, bloqueo afectivo y trastornos del lenguaje no verbal.
- **Compromiso intelectual:** con dificultad en el procesamiento de la información, ya que se ve invadido por pensamientos preocupantes, negativos e ilógicos y dificultad para retener información y concentrarse.

- **Control asertivo:** ya que comienza a desarrollar ciertas hostilidades en el ambiente social, al no saber cómo desarrollar una conversación con segundas personas.

### 2.1.6 DIAGNÓSTICO

**Depresión:** Aún el diagnóstico tiene cierta dificultad, puesto que es un trastorno muy complejo y debemos aplicar una atención biopsicosocial. Existen ciertos parámetros de diagnóstico de evidencia y recomendación, pues los más empleados en nuestro medio son los parámetros de recomendación que se detallan a continuación<sup>34</sup>:

Los pacientes con algún riesgo de presentar depresión se le deben preguntar si ha presentado en las últimas cuatro semanas:

- ¿Pérdida de interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?
- ¿Problemas para poder conciliar el sueño o mantenerse dormido?

Estos son síntomas relevantes que sirven para poder establecer el diagnóstico de depresión:

- Psicomotricidad disminuida o aumentada
- Sueño alterado (aumento o disminución)
- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute)
- Concentración disminuida
- Apetito y peso (disminución o aumento)
- Culpa y autor reproche
- Energía disminuida, fatiga
- Suicidio (pensamientos)

Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de:

- Presencia de intentos de suicidio previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno
- Cuestionar sobre ideas de muerte o suicidas, si presenta desesperanza, si siente que la vida no tiene sentido. Sí la respuesta es afirmativa:
- Preguntar sobre planes de suicidio, forma de realizarlo, si tiene fácil acceso al método suicida, si ha escrito alguna nota, si hay algún factor que precipite o detenga el intento
- Entrevista a familiares sobre cambios conductuales

Se considerará como urgencia psiquiátrica:

- Ideación suicida persistente.
- Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales.
- Plan suicida

Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional. En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o

el estigma percibido. Dicho de otro modo, el diagnóstico se basa en criterios clínicos referidos. Las escalas no han demostrado superioridad al uso de la entrevista estructurada, las guías de práctica clínica y los criterios diagnósticos de clasificaciones internacionales.

**Ansiedad:** No existen pruebas de laboratorio capaces de diagnosticar un trastorno de ansiedad o tipificarlo, su utilidad aplica al diagnóstico diferencial, el diagnóstico hasta la actualidad es básicamente clínico. Los signos físicos más referidos son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, molestias digestivas, aumento de la frecuencia urinaria, diarrea. Los síntomas psíquicos más frecuentes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, sedeo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. Es de suma importancia tener en cuenta antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas y acontecimiento vitales estresantes. Siempre se debe dar preferencia a una entrevista clínica, pues los instrumentos o escalas se utilizan para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves como la escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el inventario Ansiedad de Beck (BAI)<sup>35</sup>.

### **2.1.7 TRATAMIENTO**

**Depresión:** Los cuadros de depresión requieren tratamiento para evitar consecuencias graves e incluso mortales. La terapia para personas que padecen de este trastorno puede ser farmacológica y no farmacológica<sup>34</sup>.

**Tratamiento farmacológico:** Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos. Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con

uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram. Que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos. Uso con cautela de anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva.

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:

Estado depresivo con una duración superior a un año

- Dos o más episodios durante los últimos 5 años

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento físico que ha demostrado utilidad en casos de depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica. Esta opción de tratamiento requiere hospitalización psiquiátrica. Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia.

### **Tratamiento no farmacológico:**

Terapia cognitiva conductual:

- Activación conductual: más eficaz que el tratamiento habitual en atención primaria, tanto en la mejoría de la sintomatología depresiva como en los niveles de funcionalidad laboral y social.
- Terapia de inclusión a la pareja: En comparación con estar en lista de espera, la terapia incluyendo a la pareja en mujeres con depresión mayor o distimia mejora el distrés psicológico, la carga de la depresión y la implicación en el proceso.

- Autoayuda guiada: es una intervención eficaz para personas con depresión leve o con síntomas subclínicos de depresión, aunque no existe evidencia de su eficacia a largo plazo.
- En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses.

**Ansiedad:** existiendo un tratamiento farmacológico y un tratamiento no farmacológico:

**Tratamiento farmacológico:** Para prescribir un tratamiento a personas diagnosticadas de ansiedad se debe tener en cuenta la edad del paciente, tratamiento previo, riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de estar embarazada. Dicho esto, se recomienda:

- Iniciar tratamiento lo antes posible.
- Uso de benzodiacepinas (alprazolam, lorazepam, diazepam) en el inicio del tratamiento (8-12 semanas).
- En el tratamiento a largo plazo, y desde el inicio se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Iniciar con paroxetina, sertralina; si no hay mejoría cambiar a venlafaxina o Imipramina.
- Para retirar el ISRS debe reducirse gradualmente hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia.
- En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse buspirona en lugar de benzodiacepinas.

- Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción.
- No se recomienda la prescripción de venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o IMA reciente.

**Tratamiento no farmacológico:** Se recomienda la terapia cognitivo conductual la cual se realiza en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal. Por su eficacia, en los trastornos de ansiedad es factible el tratamiento combinado (Terapia cognitivo conductual + terapia farmacológica). Por otro lado, no es recomendable consumir valeriana, pasionaria, amapola de california, preparado de espino blanco, calderona amarilla y magnesio para estos fines<sup>35</sup>.

### 2.3. HIPÓTESIS

No se ha planteado una hipótesis por ser un estudio descriptivo.

### 2.4. DEFINICIÓN OPERACIONALES

- **La salud mental:** definida por la OMS como un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública<sup>36</sup>.
- **Estado Civil:** Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales<sup>37</sup>. Siendo: Soltero, casado, Viudo, Separado, conviviente.
- **La despersonalización:** percibida como el desarrollo de respuestas cínicas hacia los clientes y actitudes negativas e indiferentes hacia el entorno laboral<sup>38</sup>.
- **Ansiedad:** Se refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático<sup>39</sup>.
- **Depresión:** Recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva, de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.
- **Edad:** Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

## **2.5. VARIABLES**

- Profesión del personal de salud
- Género
- Servicio de atención
- Edad
- Ansiedad
- Depresión
- Estado civil

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

**Enfoque:** Cuantitativo porque se basa en un método deductivo para mostrar una verdad a partir de conocimientos generales.

**Alcance:** Descriptivo porque no tiene grupo comparativo.

**Diseño:** Observacional o no experimental porque el investigador no manipula las variables, solo las observa.

Transversal porque se midió las variables una sola vez.

Prospectivo porque las variables fueron medidas por el investigador luego de haberse aprobado el proyecto.

**Tipo:** Descriptivo – transversal – prospectivo – estudio de análisis de situación.

### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se estudió en el HCLLH, en los servicios de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se estudió en los médicos asistentes, enfermeras y obstetras del HCLLH, en los servicios de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia. Se usó muestra de una proporción, con una población de 315 personas.

**Muestra:**

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I) ( $\alpha$ ) = 0.05

Nivel de confianza  $(1 - \alpha/2) = 0.975$

Z de  $(1 - \alpha/2) = 1.96$

Prevalencia de enfermedad (P) = 24% (12)

Precisión (d) = 0,05

Muestra de una proporción de la población del personal de salud, entre médicos, enfermeras y obstetras de los servicios de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia del HCLLH:

n= 150 personas

Muestreo no probabilístico.

#### **Criterios de inclusión**

- Personal asistencial de salud: médico, enfermero(a) y obstetra
- Personal tanto de consultorio como de hospitalización

#### **Criterios de exclusión**

- Personal que no acepte el consentimiento informado

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó una encuesta auto suministrada mediante el instrumento conocido como escala de Golberg para depresión y ansiedad. La escala de Golberg tiene una validez en estudios como el de Carbonell y cols realizado en la universidad de Cuba (2016).

Cada una de las subsescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formular solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje. Los puntos de corte son  $\geq 4$  para subescala de ansiedad y  $\geq 2$  para la de depresión.

La escala de Golberg, donde varios autores menciona una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%), con validez en estudios como el de Carbonell y cols. (2016)<sup>40</sup>.

El instrumento se aplicó en un horario de trabajo, coordinado con el personal de salud. Luego se procesó la información y los datos se registraron en una base de datos para su posterior análisis utilizando un software estadístico, SPSS v.24.0.

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se obtuvo permiso de la institución durante el mes de noviembre 2017, donde se aplicó la encuesta durante el mes de diciembre en un horario adecuado al personal de salud.

Los datos se obtuvieron el mes de diciembre en el HCLLH a través de una encuesta auto administrada; de aquellos que cumplieron los criterios de inclusión; intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al personal de salud sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez obtenida toda la información de los reactivos de las diferentes variables, sin contabilizar aquellas fichas que hayan tenido la información completa para el estudio, se procedió a transferir la información a una base de datos elaborada mediante el programa SPSS 24, con este programa se procedió a realizar:

- Análisis univariado: análisis de tendencia central; entre ellas la media, rango, desviación estándar, para las variables cuantitativas; y calculando las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

- Análisis bivariada: estratificando los resultados entre las variables dependientes e independientes, proporcionando así frecuencias y obteniendo la prevalencia, objetivo del estudio. Para comparar la prevalencia en subgrupos usando el chi cuadrado para el p valor  $<0.05$ .

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

#### Ansiedad y depresión de acuerdo al servicio de atención del HCLLH.

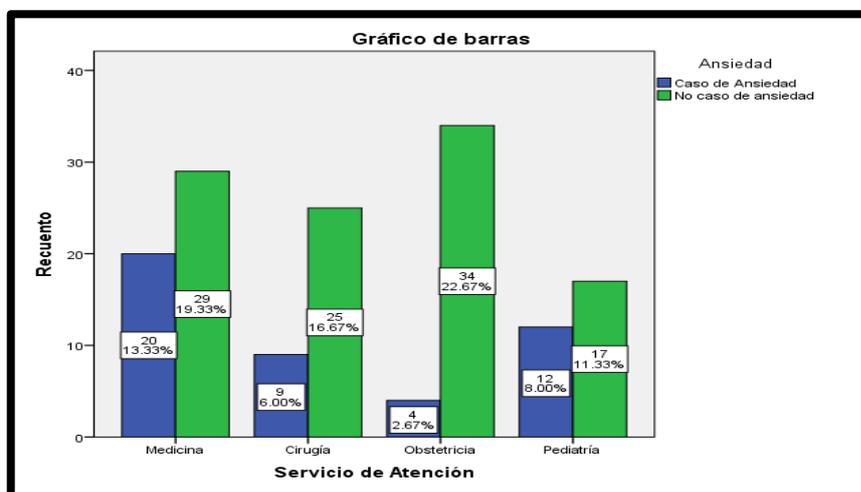
TABLA N° 1: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL SERVICIO DE ATENCIÓN

Tabla N°1 Ansiedad de acuerdo al servicio de atención						
	Ansiedad			%	Total	%
	Caso de Ansiedad	%	No caso de Ansiedad			
Medicina	20	43.5%	29	63.0%	46	100%
Cirugía	9	26.5%	25	73.5%	34	100%
Obstetricia	4	9.8%	34	82.9%	41	100%
Pediatría	12	41.4%	17	58.6%	29	100%
Total	45	30.0%	105	70.0%	150	100%

Fuente: Elaboración propia

Significancia estadística: P= 0.009

GRÁFICO N° 1: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL SERVICIO DE ATENCIÓN



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al servicio donde laboran se muestra que la ansiedad es mayor en el servicio de Medicina con 43.3% y menor en Gineco-obstetricia con 9.8%.

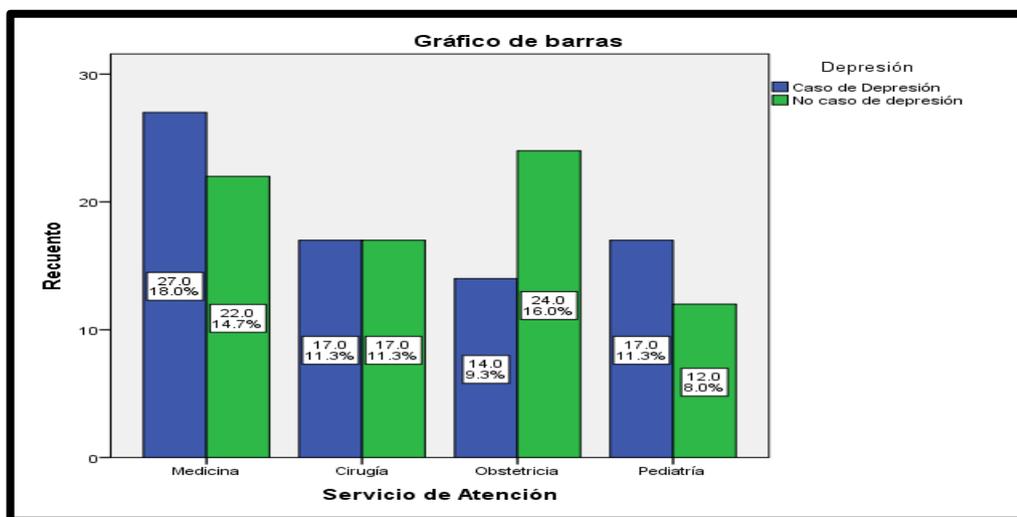
TABLA N° 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL SERVICIO DE SALUD

Tabla N°2 Depresión de acuerdo al servicio de atención							
		Depresión				Total	%
		Caso de Depresión	%	No caso de Depresión	%		
Servicio de Atención	Medicina	27	58.7%	22	47.8%	46	100%
	Cirugía	17	50.0%	17	50.0%	34	100%
	Obstetricia	14	34.1%	24	58.5%	41	100%
	Pediatría	17	58.6%	12	41.4%	29	100%
Total		75	50.0%	75	50.0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.261

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL SERVICIO DE SALUD



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de depresión varía según al servicio de salud.

## Ansiedad y depresión de acuerdo a la profesión del HCLLH.

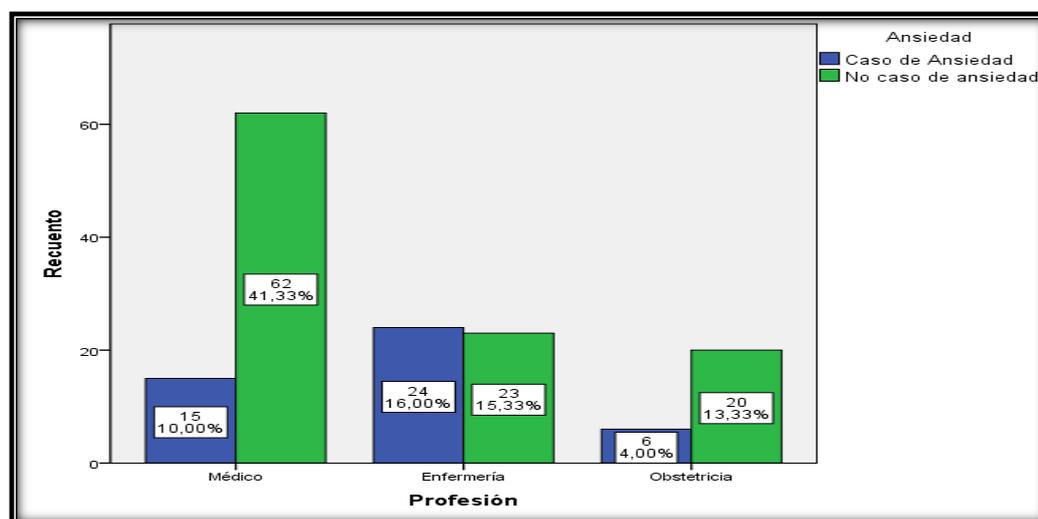
TABLA N° 3: PREVALENCIA DE ANSIEDAD POR TIPO DE PROFESIÓN

	Tabla N°3. Ansiedad por tipo de profesión					
	Caso de Ansiedad		No caso de ansiedad		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico	15	19,5%	62	80,5%	77	100,0%
Enfermería	24	51,1%	23	48,9%	47	100,0%
Obstetricia	6	23,1%	20	76,9%	26	100,0%
Total	45	30,0%	105	70,0%	150	100,0%

Significancia estadística: P= 0.001

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 3: PREVALENCIA DE ANSIEDAD POR TIPO DE PROFESIÓN



Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la profesión se muestra que la ansiedad es mayor en el personal de enfermería 51.1% y menor en los médicos con 19.5%.

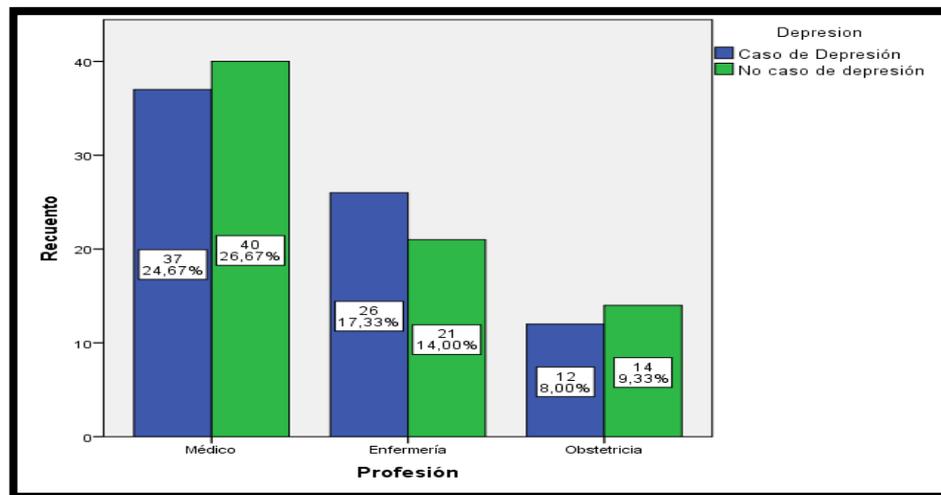
**TABLA N° 4: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA PROFESIÓN**

	Tabla N°4. Depresión de acuerdo a la profesión					
	Caso de Depresión		No caso de depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico	37	48,1%	40	51,9%	77	100%
Enfermería	26	55,3%	21	44,7%	47	100%
Obstetricia	12	46,2%	14	53,8%	26	100%
Total	75	50,0%	75	50,0%	150	100%

Significancia estadística: P=0.669

**Fuente: Elaboración propia**

**GRÁFICO N° 4: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA PROFESIÓN**



**Fuente: Elaboración propia**

**INTERPRETACIÓN:**

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de depresión varía de acuerdo a la profesión.

**Ansiedad y depresión de acuerdo al género en el HCLLH.**

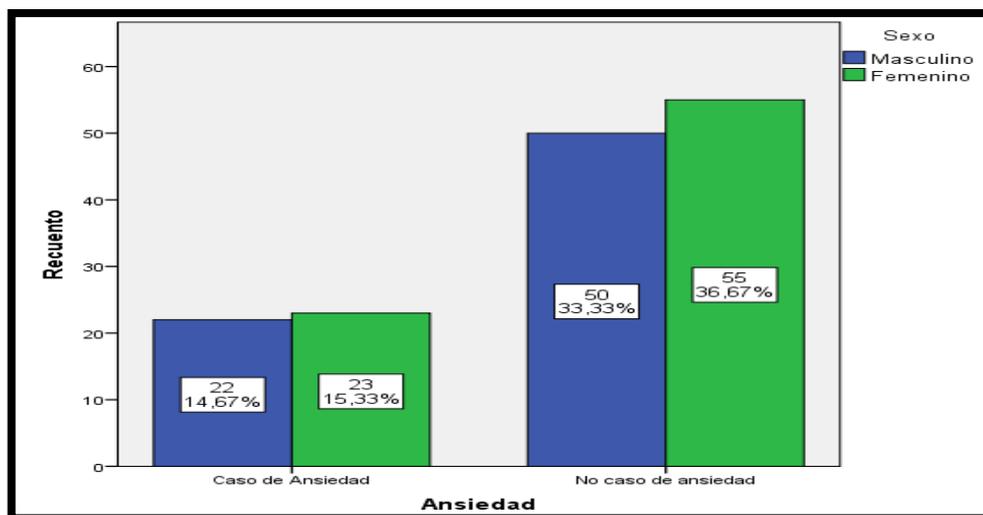
TABLA N° 5: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO

	Tabla N°5. Ansiedad de acuerdo al Género					
	Caso de Ansiedad		No caso de ansiedad		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	22	30,6%	50	69,4%	72	100%
Femenino	23	29,5%	55	70,5%	78	100%
Total	45	30,0%	105	70,0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.887

**Fuente: Elaboración propia**

GRÁFICO N° 5: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO



**Fuente: Elaboración propia**

**INTERPRETACIÓN:**

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía según el sexo.

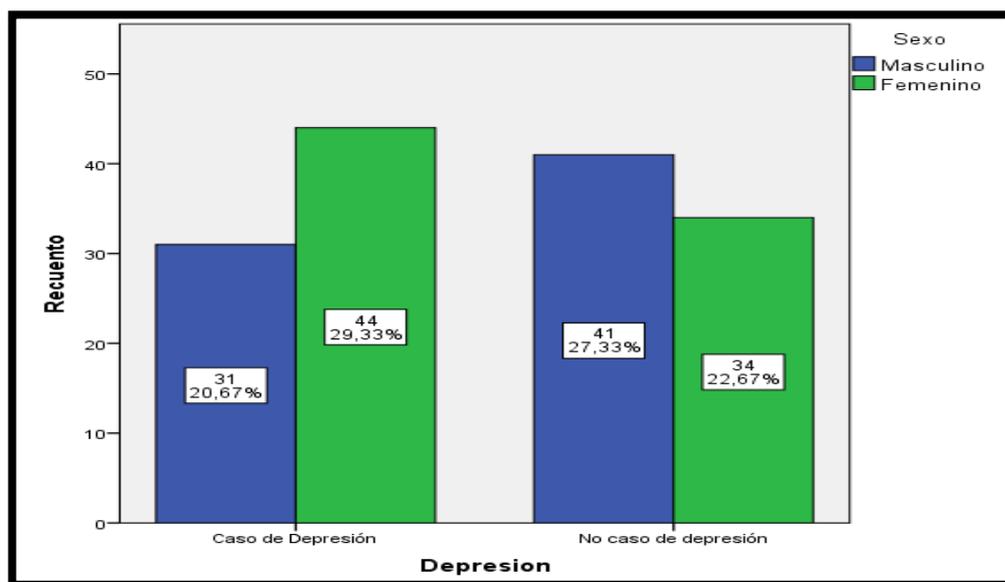
TABLA N° 6: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO

	Tabla N°6. Depresión de acuerdo al género					
	Caso de Depresión		No caso de depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	31	43,1%	41	56,9%	72	100%
Femenino	44	56,4%	34	43,6%	78	100%
Total	75	50,0%	75	50,0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.102

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 6: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de depresión varía según el sexo.

**Ansiedad y depresión de acuerdo al estado civil en el HCLLH.**

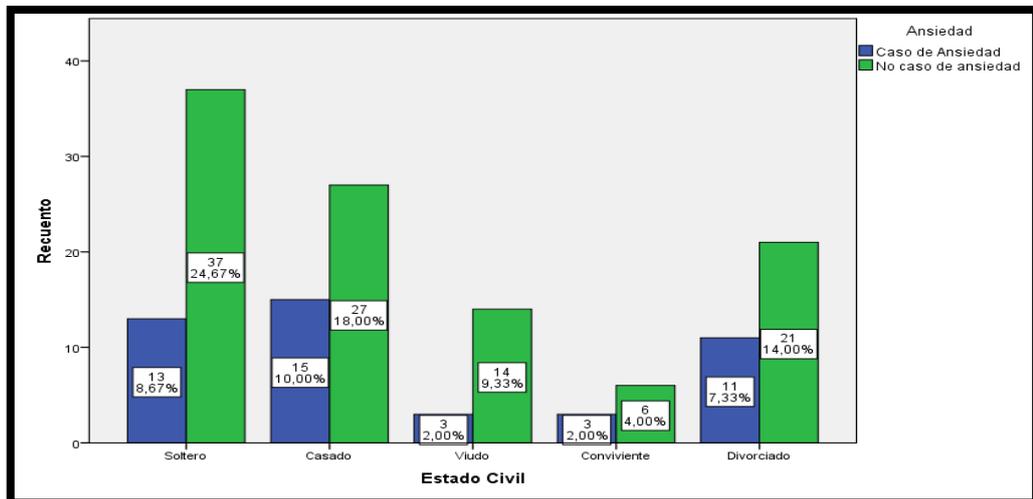
**TABLA N° 7: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL**

	Tabla N°7. Ansiedad de acuerdo al estado civil					
	Caso de Ansiedad		No caso de ansiedad		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	13	26,0%	37	74,0%	50	100%
Casado	15	35,7%	27	64,3%	42	100%
Viudo	3	17,6%	14	82,4%	17	100%
Conviviente	3	33,3%	6	66,7%	9	100%
Divorciado	11	34,4%	21	65,6%	32	100%
Total	45	30,0%	105	70,0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.625

**Fuente: Elaboración propia**

**GRÁFICO N° 7: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL**



**Fuente: Elaboración propia**

**INTERPRETACIÓN:**

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía según el estado civil.

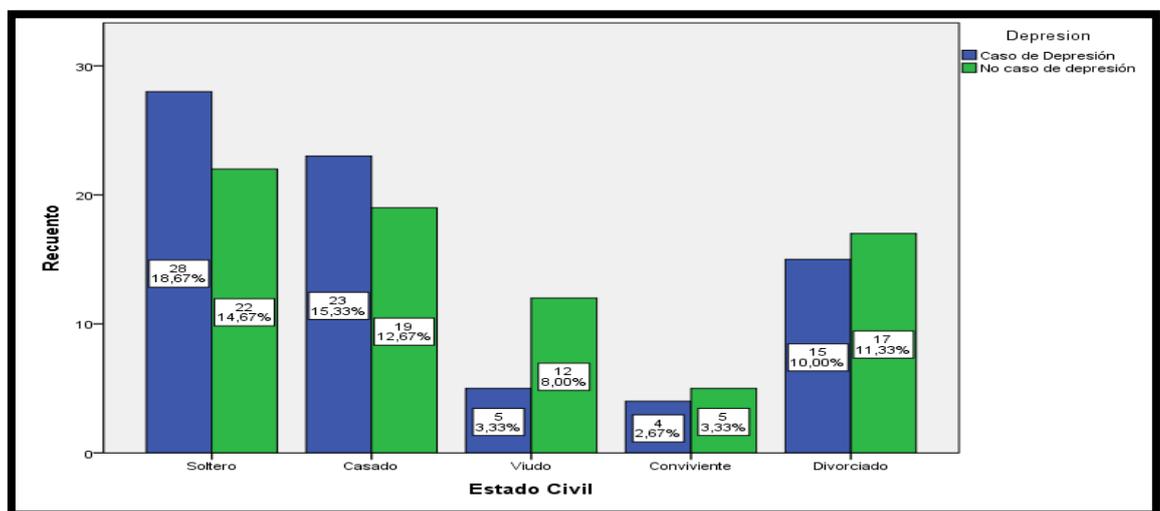
TABLA N° 8: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

	Tabla N° 8. Depresión de acuerdo al estado civil					
	Caso de Depresión		No caso de depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	28	56,0%	22	44,0%	50	100%
Casado	23	54,8%	19	45,2%	42	100%
Viudo	5	29,4%	12	70,6%	17	100%
Conviviente	4	44,4%	5	55,6%	9	100%
Divorciado	15	46,9%	17	53,1%	32	100%
Total	75	50,0%	75	50,0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.0377

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 8: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al estado civil se muestra que la depresión es mayor en solteros 56% y menor en viudos 29.4%.

**Ansiedad y depresión de acuerdo a la categoría de edad en el HCLLH.**

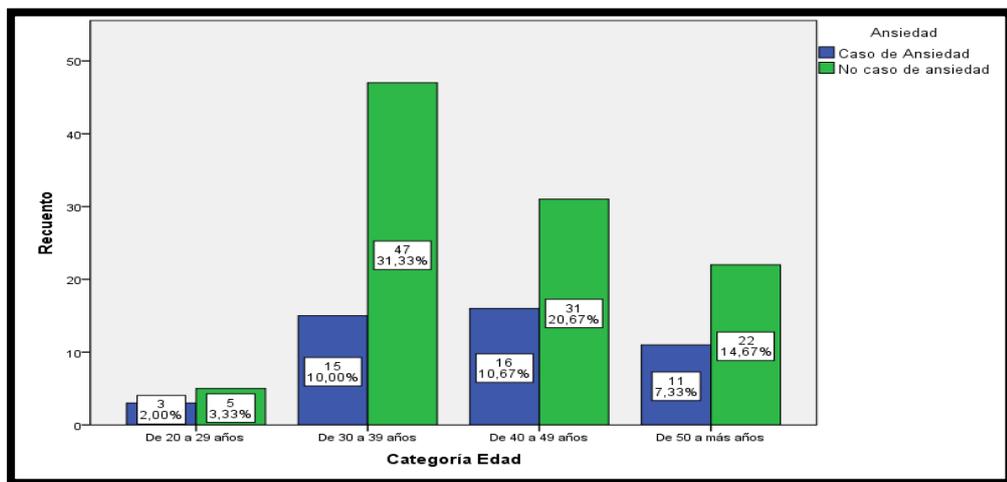
**TABLA N° 9: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DE EDAD**

	Tabla N°9. Ansiedad distribuido por categoría edad					
	Caso de Ansiedad		No caso de ansiedad		Total	
	N	%	N	%	N	%
De 20 a 29 años	3	37,5%	5	62,5%	8	100,0%
De 30 a 39 años	15	24,2%	47	75,8%	62	100,0%
De 40 a 49 años	16	34,0%	31	66,0%	47	100,0%
De 50 a más	11	33,3%	22	66,7%	33	100,0%
Total	45	30,0%	105	70,0%	150	100,0%

Significancia estadística: P= 0.626

**Fuente: Elaboración propia**

**GRÁFICO N° 9: PREVALENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DE EDAD**



**Fuente: Elaboración propia**

**INTERPRETACIÓN:**

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía según la categoría de edad.

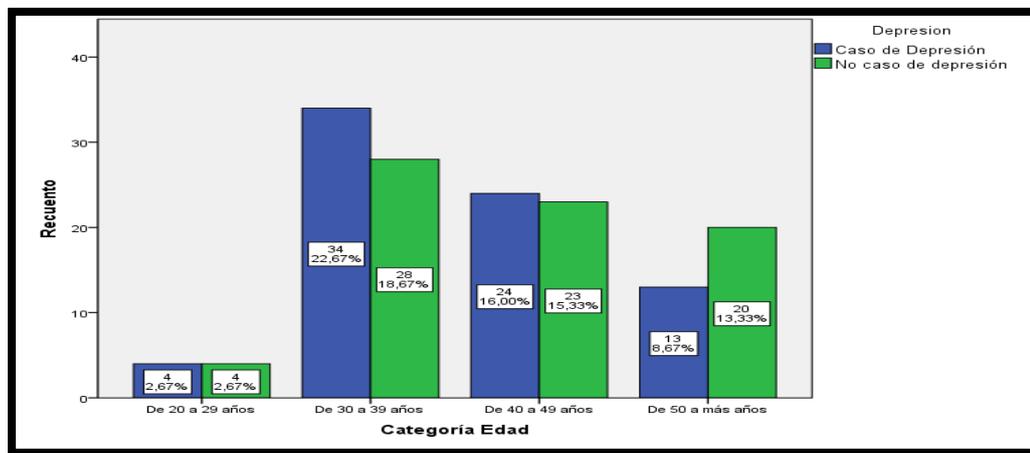
TABLA N° 10: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DE EDAD

	Tabla N°10. Depresión de acuerdo a la distribución de edad					
	Caso de depresión		No caso de depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
De 20 a 29 años	4	50,0%	4	50%	8	100%
De 30 a 39 años	34	54,8%	28	45,2%	62	100%
De 40 a 49 años	24	51,1%	23	48,9%	47	100%
De 50 a más	13	39,4%	20	60,6%	33	100%
Total	75	50,0%	75	50,0%	150	100%

Significancia estadística: P= 0.555

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 10: DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DE EDAD



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

No hay evidencias ( $P > 0.05$ ) para afirmar que la prevalencia de depresión varía según la categoría de edad.

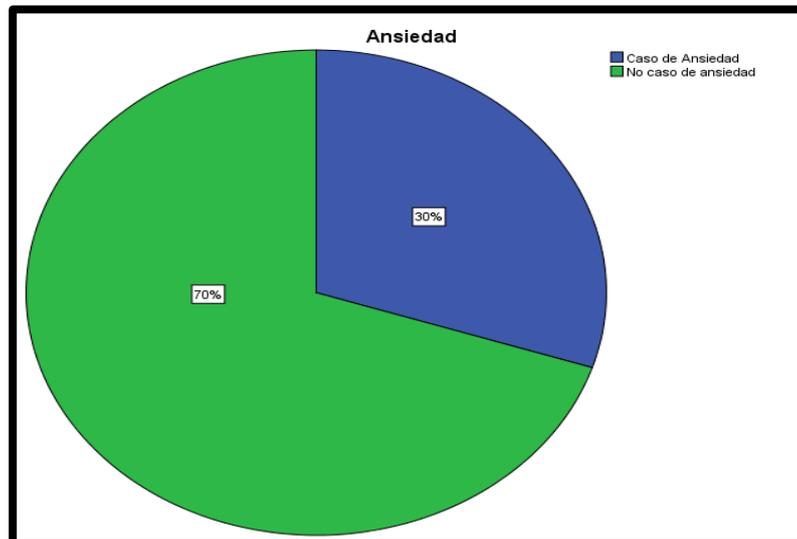
## Prevalencia de ansiedad y depresión en el personal de salud del HCLLH.

TABLA N° 11: PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

Ansiedad				
	N	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Caso de Ansiedad	45	30%	30	30
No caso de ansiedad	105	70%	70	100
Total	150	100%	100	

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 11: PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD



Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

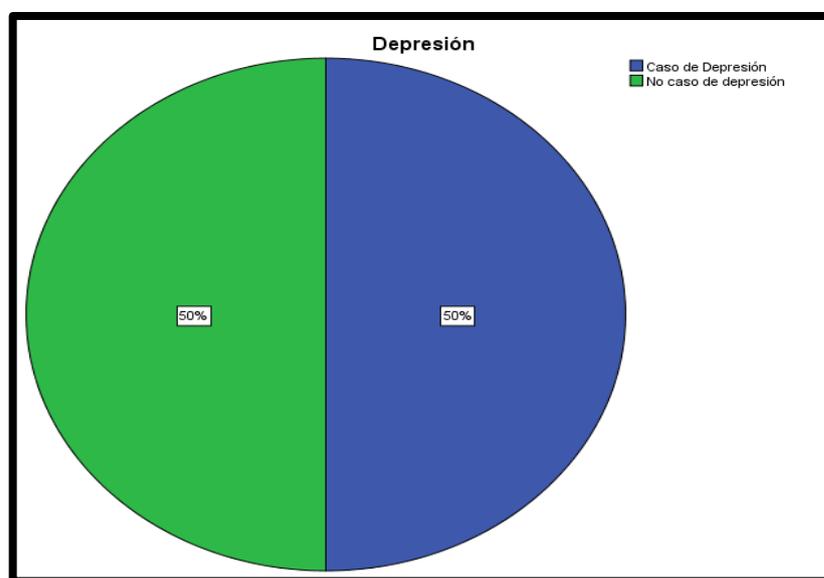
Se puede observar que la prevalencia de ansiedad en el personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es de 0.002.

TABLA N° 12: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

Depresión				
	Frecuencia	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Caso de Depresión	75	50%	50	50
No caso de depresión	75	50%	50	100
Total	150	100%	100	

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 12 : PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la prevalencia de depresión en el personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es de 0.3.

## 4.2. DISCUSIÓN

De acuerdo al servicio donde laboran, en este estudio se muestra que la mayor prevalencia de ansiedad 43.5% y depresión 58.7% se da en el servicio de medicina. Así, en los estudios de Gómez-Martínez y cols<sup>12</sup>, encuentra depresión en su personal de UCI atribuyéndolo a que están en constante contacto con el sufrimiento y la muerte, Vázquez-Ramírez y cols<sup>14</sup>, existen mayor de estos trastornos mentales en urgencias y en medicina, quienes presentan cierto grado de baja calidad de vida. Igualmente, Gago K y cols<sup>21</sup>, encuentra que son el personal de UCI quienes tienen mayor afección, seguido del servicio de medicina y cirugía.

En relación a la profesión, el personal de enfermería presentó la mayor prevalencia de ansiedad (51.1%) y depresión (55.3%). En el ámbito nacional Anticona Escobar y Maldonado Melgar<sup>18</sup>, encontramos similitud con su trabajo, siendo el personal de enfermería los más afectados. Así mismo, Mejía y cols<sup>22</sup>, encuentra que son las enfermeras y los médicos quienes están en constante problema de salud mental. En este estudio se muestra que la prevalencia de ansiedad en el personal de enfermería con 51.1%, es seguida por médicos 19.5%. Así, en el estudio de Mejía C y cols<sup>22</sup>, se encontró que presentan algún maltrato psicológico el personal de enfermería 89%, seguido del personal médico 84%.

En este estudio no se encontró evidencias para afirmar que la prevalencia de ansiedad o depresión varía según género. Sin embargo, Palmer-Morales y cols<sup>13</sup>, en México (2016), encuentra que más se presenta en el género femenino, con una frecuencia global de depresión de 28.6%.

En este estudio, no se encontró evidencias para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía de forma significativa de acuerdo al estado civil, aun cuando, se observa que la prevalencia de ansiedad en aquellos que se encuentran casados fue 35.7% y en menor proporción en solteros con 26% y en viudos

17.6%. No obstante, el estudio de Mascarúa-Lara y cols<sup>16</sup>, encuentra que la mayor prevalencia se da en los solteros 45.5%. Por otro lado, en relación a la depresión se encuentran porcentajes significativamente más altos en los solteros que tienen 56%, seguido de los casados 54.8%, divorciados 46.9%, convivientes 44.4% y en menor porcentaje en los viudos con 29.4%.

De acuerdo a la prevalencia de ansiedad y depresión en según categoría de edad, se obtiene que en el grupo de 30-39 años se tiene un 54.8% en depresión seguido del grupo 40-49 años (51.1%), y en ansiedad, el grupo 20-29 años 37.5%, pero no hay evidencia para afirmar que estas diferencias son significativas. Sin embargo, Palmer-Morales y cols<sup>13</sup>, en México (2016), encuentra que más se presenta en el grupo de 30-39 años, con un porcentaje de 35%.

Finalmente, en relación al objetivo general se encontró, una prevalencia de ansiedad de 30% y de depresión 50%:

El resultado de ansiedad es parecido a lo encontrado en los estudios de García Rivera y cols<sup>11</sup>, quien encuentra un 28.5% y que el 4.6% llegan a presentar en un grado severo siendo únicamente en mujeres, en el estudio realizado no se encuentra mucha diferencia en relación al sexo, pues ambos presentan en promedio un 30%, así Mascarúa-Lara y cols<sup>16</sup>, encuentra en 41.1% en los médicos con ansiedad, Ansoleaga en su estudio realizado en Chile<sup>6</sup>, encuentra que el 23% del personal de salud presentaba síntomas depresivos con un predominio en mujeres. En el ámbito nacional, Anticona Escobar y Maldonado Melgar en su estudio realizado en Huancayo durante el 2017, encuentra que el 75% de los trabajadores de salud sufren de ansiedad, siendo el 10% de grado moderado. En menor proporción Vázquez-Ramírez y cols<sup>14</sup>, en México encuentra ansiedad en sus médicos un 9.1% de ansiedad moderada y un 2.6% de ansiedad severa.

Respecto a los resultados de depresión es similar a otros estudios, Anticona Escobar y Maldonado Melgar en su estudio realizado en Huancayo durante el 2017, encuentra que 69% de los trabajadores de salud sufren de depresión, siendo el 7% de grado grave. Demostrando así la presencia de depresión en el personal de salud, mayor en género femenino y en licenciados de enfermería.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

- De acuerdo al servicio que laboran en el HCLLH durante el mes de diciembre del 2017, la ansiedad y depresión, fue mayor en el servicio de medicina seguido de pediatría, cirugía y Gineco-obstetricia mientras que en otros estudios fue mayor en UCI.
- Con lo que respecto al tipo de profesión del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017, la ansiedad y depresión, se encontró que la profesión más afectada fue enfermería como en otros estudios.
- De acuerdo al género, la ansiedad y la depresión no hubo evidencias significativas para afirmar que la prevalencia varía según el género caso contrario en otros estudios que encuentran mayor prevalencia en el sexo femenino.
- En lo concerniente al estado civil, no se evidencia diferencias significativas en la prevalencia de ansiedad. Mientras que la depresión fue mayor en solteros, y menor en viudos, similar a otros estudios.
- De acuerdo al grupo de edad, no se encontró evidencias para afirmar que la depresión o la ansiedad varía de acuerdo a los grupos de edad. Mientras que en otros estudios sí.
- Finalmente, la prevalencia de depresión fue alta en el HCLLH durante el mes de diciembre del 2017, similar a otro estudio a nivel nacional. Asimismo la presencia de ansiedad, es similar a estudios previos en otros lugares.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

- Es necesario realizar programas de asesoría mental al personal de salud, teniendo en cuenta el grado de ansiedad y depresión respectivamente.
- Realizar evaluaciones psiquiátricas y psicológicas periódicamente al personal de salud del HCLLH.
- Realizar planes de intervención para disminuir estos trastornos de salud mental, como brindar un mejor ambiente al personal de salud y mejor atención a los pacientes.
- Identificar a los profesionales que padezcan de ansiedad o depresión y ejecutar actividades que brinden confort emocional y esto se vea reflejado en la atención al paciente.
- Realizar talleres de actividades sociales (recreativas y culturales) con el fin de interactuar y compartir vivencias laborales.
- Reconocer el excelente desempeño laboral de los profesionales de salud, dando incentivos y/o premios de tal modo que se sientan valorados por su esfuerzo.
- Se recomienda realizar un estudio de investigación más amplio sobre los trastornos mentales que aqueja al profesional de salud en relación a los factores que influyen en su desempeño laboral y poder determinar los grados de ansiedad y depresión presentan el personal de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa M, Orozco L, Ybarra J. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Ment.* Junio de 2015; 38(3):201-8.
2. González-Olaya H, Delgado-Rico H, Escobar-Sánchez M, Cárdenas-Angelone M. Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *FEM Rev Fund Educ Médica.* Marzo de 2014; 17(1):47-54.
3. Piñeiro M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enferm Glob.* Julio de 2013; 12(31):125-50.
4. Montiel-Jarquín Á, Torres-Castillo M, Herrera-Velasco M, Ahumada-Sánchez Ó, Barragán-Hervella R, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Médica.* 1 de abril de 2015; 16(2):116-25.
5. Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Rev Lat-Am Enferm.* 2015; 1-10.
6. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Médica Chile.* 2015; 143(1):47-55.
7. Muñoz C, Rumie H, Torres G, Villarroel K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc Enferm.* Abril de 2015; 21(1):45-53.

8. Gómez-Restrepo C, Tamayo N, Bohórquez A, Rondón M, Medina M, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(S1):58–67.
9. Organización Mundial de la Salud. OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. WHO. 2016 [citado 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
10. Núñez J, Saire C. Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015 [Tesis para optar el Título profesional de Psicólogo]. [Ñaña - Perú]: Universidad Peruana Unión; 2016.
11. García-Rivera B, Maldonado-Radillo S, Ramírez M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA Psicológica UST.* 2014;11(1):65-73.
12. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Abizanda-Campos R. Anxiety, depression and emotional distress in the Intensive Care Units health professionals. *An Psicol Ann Psychol.* 25 de abril de 2015;31(2):743-50.
13. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez M, López-Palmer D. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investig En Educ Médica.* Abril de 2017;6(22):75-9.

14. Vázquez-Ramírez L, González-Pedraza A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam.* 1 de octubre de 2014;21(4):109-12.
15. Rodrigues A, Cristina E, Eduardo C, Ribeiro B. Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* Abril de 2014; 22(2):332-6.
16. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Rev Médica Paz.* 2014; 20(2):84-84.
17. Saldaña O, López V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Médica E Investig En Salud.* diciembre de 2014;7(4):169-77.
18. Anticona E, Maldonado M. Ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017 [Tesis para optar el Título Médico Cirujano]. [Huancayo - Perú]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017.
19. Clemente S. Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015 [Tesis para optar la licenciatura en Enfermería]. [Huánuco - Perú]: Universidad de Huánuco; 2016.
20. Arteaga-Romani A, Junes-Gonzales W, Navarrete-Saravia A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev Medica Panacea.* 27 de agosto de 2015;4(2):40-4.
21. Gago K, Martínez I, Alegre A. Clima laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, Perú. *Rev Latinoam Cienc Psicológica.* Diciembre de 2017;9(4):15.

22. Mejía C, Allpas-Gomez H, Caceres O, Red GIS Peru. Factores socio-laborales asociados al maltrato psicológico, físico y sexual en el personal de salud en dos hospitales de Lima, Perú. Arch Med. 2016;12(1):6.
23. Villavicencio J. Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015 [Tesis para optar el Título Médico Cirujano]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
24. Organización Mundial de la Salud. OMS | Depresión [Internet]. WHO. 2017 [citado 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
25. Torres V, Chávez A. Ansiedad. Rev Actual Clínica Investiga. Septiembre de 2013; 35:1788.
26. Gutiérrez J, Portillo C. La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los Salvadoreños. Rev Electrónica Psicol Iztacala. 2013;16(2):533-57.
27. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta Bioethica. Junio de 2016;22(1):51-61.
28. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Court Consulting. Switzerland; 2013. 180 p.
29. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev Fac Med México. Agosto de 2013;56(4):53-5.
30. Londoño C, González M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. Acta.colomb.psicol. 2016;19(2):315-29.

31. Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socias I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):84-96.
32. Universitat de Barcelona. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Universidad de Barcelona. España; 2015. 149 p.
33. Gordon J. Depresión. *Inst Nac Salud Ment.* 2017;31.
34. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud. México; 2015. 64 p.
35. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México: Secretaría de Salud. México; 2014. 64 p.
36. Posada J. La salud mental en Colombia. *Biomédica.* Diciembre de 2013;33(4):497-8.
37. Real Academia Española [Internet]. [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
38. Montoya P, Moreno S. Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicol Desde El Caribe.* Abril de 2012;29(1):205-27.
39. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar E Subjetividade.* 2013;3(1):10-59.
40. Carbonenell M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ Psychol.* Marzo de 2016;15(1):177-91.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Marco conceptual	Operacional	Unidad	Naturaleza	Escala	Instrumento	Técnica
Profesión del personal de salud	Ocupación que requiere de conocimiento especializado con formación profesional.	Médico Enfermera Obstetra		Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Encuesta
Género	Condición biológica del sexo de la persona que contesta.	Femenino o Masculino		Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Encuesta
Edad	Tiempo de vida en años cumplidos.		Años	Cuantitativa	Escala	Cuestionario	Encuesta
Servicio de Atención	Servicio en el que realiza la práctica médica de acuerdo a su profesión	Medicina Cirugía Pediatria Gineco-Obstetricia		Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Encuesta
Ansiedad	Sentimiento desagradable e incierto	De acuerdo a la escala $\geq 4$		Cualitativa	Nominal	Cuestionario Escala de Golberg	Encuesta
Depresión	Trastorno de ánimo caracterizado por ánimo triste, anhedonia y disminución de	De acuerdo a la escala $\geq 2$		Cualitativa	Nominal	Cuestionario Escala de Golberg	Encuesta

	energía vita						
Estado Civil	Constancia según registro civil o <b>DNI</b>	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente		Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Encuesta

## ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:        Femenino ( )        Masculino ( )

Estado Civil:

Soltero ( )        Casado ( )        Conviviente ( )        Viudo: ( )        Divorciado: ( )

Servicio: Medicina ( ) Cirugía ( ) Pediatría ( ) Obstetricia ( )

Profesión: Médico ( ) Enfermero(a) ( ) Obstetra ( )

#### ESCALA DE GOLBERG

ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
<b>Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas</b>		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Continuar si 1 o más respuestas son afirmativas</b>		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

**Gracias por su colaboración.**

### ANEXO N° 3: VALIDÉZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, DICIEMBRE 2017

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Profesión del personal de salud	x		x		x		
2	Sexo	x		x		x		
3	Servicio de atención	x		x		x		
4	Edad	x		x		x		
5	Ansiedad	x		x		x		
6	Depresión	x		x		x		
7	Estado Civil	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Sierralaya Dora Melen    DNI: 08267562

Especialidad del validador: Psiquiatra

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de Diciembre del 2017  
  
**NICANOR SIERRALAYA ALANYA**  
 MEDICO - PSIQUIATRA  
 C.M.P. 13236  
 R.N.E. 7456  
**Firma del Experto Informante.**

59

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, DICIEMBRE 2017**

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Profesión del personal de salud	✓		✓		✓		
2	Sexo	✓		✓		✓		
3	Servicio de atención	✓		✓		✓		
4	Edad	✓		✓		✓		
5	Ansiedad	✓		✓		✓		
6	Depresión	✓		✓		✓		
7	Estado Civil	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable []    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Gutara Vilchez Rosa Bertha    DNI: 09307465

Especialidad del validador: Ginecoobstetra Metodologo

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2018

  
 Dra. Rosa Bertha Gutara Vilchez  
 Médico Gineco - Obstetra  
 C.M.P. 23786 - R.N.E. 14437  
**Firma del Experto Informante.**



#### **ANEXO N° 4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS**

Como grado de validez, usaremos la **opinión de expertos** por la especialidad. Estos determinan si los reactivos sometidos a su consideración pertenecen al dominio definido, tomados en conjunto, tienen una proporción adecuada. También enjuician la bondad de la redacción de los elementos.

La escala de Golberg, donde varios autores menciona una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%), con validez en estudios como el de Carbonell y cols. (2016) (40).

## ANEXO N° 5: MATRÍZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b> ¿Cuál es la prevalencia de la depresión y ansiedad en el personal asistencial de salud del HCLLH, diciembre 2017?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al servicio que laboran en el HCLLH, durante el mes de diciembre 2017?</li> <li>• ¿Cuál es la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo a la profesión del personal de salud del HCLLH</li> </ul>	<p><b>General:</b> Determinar la prevalencia de la depresión y ansiedad en el personal asistencial de salud del HCLLH, diciembre 2017.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al servicio que laboran en el HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.</li> <li>• Determinar la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo a la profesión del personal de salud del HCLLH</li> </ul>	<p><b>Hipótesis:</b> No se ha planteado una hipótesis por ser un estudio descriptivo.</p>	<p><b>Variable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión y ansiedad</li> </ul> <p><b>Indicador:</b> Escala Golberg</p> <p><b>Variable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> </ul> <p><b>Indicador:</b> Años</p> <p><b>Variable:</b> Género</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul> <p><b>Variable:</b> Profesión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Enfermero(a)</li> <li>• Obstetra</li> </ul>

<p>durante el mes de diciembre del 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo al género del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017?</li> </ul>	<p>durante el mes de diciembre del 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la proporción de ansiedad y depresión de acuerdo al género del personal de salud del HCLLH durante el mes de diciembre del 2017.</li> </ul>		<p><b>Variable:</b> Servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Gineco- Obstetricia</li> </ul> <p><b>Variable:</b> Estado civil:</p> <p><b>Indicador:</b></p> <p>Casado, Conviviente, Soltero, Divorciado Viudo</p>
--	--	--	---

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Alcance:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> Observacional</p> <p><b>Tipo:</b> Descriptivo – transversal – prospectivo – estudio de análisis de situación</p>	<p><b>Población:</b> Se estudió en el HCLLH, en los servicios de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia.</p> <p><b>Muestra:</b> 150 personas</p>	<p><b>Técnica:</b> Se realizó una encuesta auto suministrada mediante el instrumento conocido como escala de Golberg para depresión y ansiedad.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Escala de Golberg</p>

**ANEXO N° 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, .....,

DNI:....., consiento en participar en la investigación denominada:

“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, DICIEMBRE 2017”

- He sido informado de los objetivos de la investigación.
- Se me ha incluido información clara y precisa de la investigación, relativa al propósito del estudio, modalidad de participación, riesgos y beneficios, voluntariedad, derecho a conocer los resultados, así como el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Doy como consentimiento, al pie de página con mi firma.

.....

Firma

DNI: \_\_\_\_\_