

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**IMPACTO EN LA SALUD MENTAL POR COVID-19 EN TRABAJADORES  
DEL CENTRO DE SALUD “PACHACAMAC”, DURANTE EL MES DE  
SETIEMBRE, DISTRITO DE PACHACAMAC**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**MENDOZA ESPICHAN, VICTOR MANUEL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

**Asesor:**

Dr. Francisco Antonio Vallenás Pedemonte

### **AGRADECIMIENTO:**

A mi asesor Dr. Francisco Vallenás Pedemonte que me orientó en el proceso de elaboración y estructuración de mi tesis; me dio los conocimientos necesarios para culminar con éxito mi trabajo de investigación.

A mis padres por ser siempre los impulsores a que siempre logre mis objetivos, por estar en todo momento conmigo alentando y apoyándome

#### **DEDICATORIA:**

A mis padres que son motor de mi vida, que siempre y en todo momento estuvieron para impulsarme a seguir adelante. A ellos les dedico mi trabajo por ser las personas que creyeron en todo momento en mí y me dieron su total apoyo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.

**Metodología:** Estudio de tipo no experimental de tipo observacional y transversal, en una población de 97 trabajadores del Centro de Salud Pachacamac. Se tuvo como muestra a todos los trabajadores por ser una población pequeña. Datos recolectados con 2 cuestionarios previamente validados para medir depresión (Escala de Depresión de Zung-EDZ), y ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 – TAG7).

**Resultados:** Las dos variables de estudio diagnóstico positivo a COVID-19 y salud mental según niveles de depresión y ansiedad tienen una correlación moderada positiva, con un valor  $P=0,000$ , con un coeficiente positivo de 0,452. Independientemente depresión y ansiedad también tuvieron correlación positiva con la infección por COVID-19, con un coeficiente positivo de 0,536 y 0,412 respectivamente. Además, los niveles de depresión y ansiedad tuvieron mayor relación en el género femenino con 72,4% y 75,6% en el género masculino. Según rango de edad, los trabajadores entre los 46 y 65 años son los que tuvieron mayor relación con la salud mental según niveles de depresión con 42,1% y ansiedad con 48,8%.

**Conclusiones:** Al tener una correlación positiva entre las dos variables, se concluye que al haber un aumento de infección por COVID-19, también hay un aumento en el impacto de la salud mental según los niveles de depresión y ansiedad. Independientemente las dos dimensiones de salud mental, depresión y ansiedad, también tienen una correlación positiva. Con ellos también se acepta las hipótesis del estudio por haber relación entre las variables. Se concluye también, que el género femenino y el rango de edad de 46 a 65 años son quienes sufrieron mayor impacto por diagnóstico positivo a COVID-19.

**Palabras clave:** Salud mental, covid-19, depresión, ansiedad.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between a positive diagnosis of COVID-19 and mental health in the workers of the "Pachacamac" Health Center during the month of September 2022, Pachacamac district.

**Methodology:** Non-experimental, observational and cross-sectional study, in a population of 97 workers from the Pachacamac Health Center. All the workers were taken as a sample because it was a small population. Data collected with 2 previously validated questionnaires to measure depression (Zung Depression Scale-EDZ), and anxiety (Generalized Anxiety Disorder 7 – TAG7).

**Results:** The two variables of a positive diagnostic study for COVID-19 and mental health according to levels of depression and anxiety have a moderate positive correlation, with a P value=0.000, with a positive coefficient of 0.452. Independently depression and anxiety were also positively correlated with COVID-19 infection, with a positive coefficient of 0.536 and 0.412 respectively. In addition, the levels of depression and anxiety had a higher relationship in the female gender with 72.4% and 75.6% in the male gender. According to age range, workers between 46 and 65 years old are the ones that had the greatest relationship with mental health according to levels of depression with 42.1% and anxiety with 48.8%.

**Conclusions:** Having a positive correlation between the two variables, it is concluded that as there is an increase in COVID-19 infection, there is also an increase in the impact of mental health according to the levels of depression and anxiety. Independently the two dimensions of mental health, depression and anxiety, also have a positive correlation. With them, the hypotheses of the study are also accepted because there is a relationship between the variables. It is also concluded that the female gender and the age range from 46 to 65 years are the ones who suffered the greatest impact due to a positive diagnosis of COVID-19.

**Keywords:** Mental health, covid-19, depression, anxiety.

## INTRODUCCIÓN

COVID-19, una nueva enfermedad originaria del lejano continente asiático en el 2019 y reconocida como pandemia el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS); generó una grave crisis sanitaria al diseminarse rápidamente a nivel mundial, dejando a su paso miles de infectados fallecidos desde el viejo continente europeo hasta los estados unidos de américa, sin ser la excepción nuestro país.

La condición de vulnerabilidad en la que el personal de salud ha estado expuesto al contagio por covid-19 es superado altamente en comparación con la población que estuvo aislada o cumpliendo la cuarentena obligatoria. Es por ello que muchos estudios se basan en la protección y atención inmediata de los profesionales del área de salud. Sin embargo, a través del tiempo, se ha sabido que una de las secuelas más graves está relacionada con la afectación de la salud mental.

Según las diversas investigaciones a nivel nacional e internacional, las manifestaciones clínicas de salud mental más frecuente fueron la ansiedad, depresión y estrés, todo relacionado al control y atención del paciente COVID-19.

Además, para este estudio, enfocamos el impacto en la salud mental en dos dimensiones frecuentemente estudiadas en otras investigaciones que son la depresión y ansiedad, evaluadas únicamente con instrumentos previamente validados y utilizados en otros estudios nacionales e internacionales, entre ellos la Escala de depresión de Zung (EDZ) que mide depresión, y la escala de trastorno de ansiedad generalizada (TAG-7) que mide ansiedad. Además se evalúan determinantes como género y rango de edad del trabajador de salud.

## INDICE

Carátula	I
Asesor	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VII
Índice	VIII
Informe Urkund antiplagio	X
Lista de tablas	XII
Lista de anexos	XIII
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3 Justificación	2
1.4 Delimitación del área de estudio	3
1.5 Limitaciones de la investigación	3
1.6 Objetivos	3
1.6.1 Objetivo general	3
1.6.2 Objetivos específicos	4
1.7 Propósito	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes Bibliográficos	5
2.1.1 Antecedentes Nacionales	5
2.1.2 Antecedentes Internacionales	7
2.2 Bases teóricas	9
2.2.1 Pandemia Covid-19	9
2.2.2 Salud Mental	12
2.2.3 Ansiedad	15



2.2.4 Depresión	17
2.2.5 Cuarentena y aislamiento social por covid-19	20
2.2.6 Impacto en Salud	21
2.3 Hipótesis	23
2.3.1 Hipótesis general	23
2.3.2 Hipótesis específicas	23
2.3 Variables	23
2.4 Definición de conceptos operacionales	23
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>25</b>
3.1 Diseño metodológico	25
3.1.1 Tipo de investigación	25
3.1.2 Nivel de investigación	25
3.2 Población y muestra	25
3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	26
3.4. Diseño de recolección de datos	29
3.5 Procesamiento y análisis de datos	29
3.6 Aspectos éticos	29
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>31</b>
4.1 Resultados	31
4.2 Discusión	38
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>40</b>
5.1 Conclusiones	40
5.2 Recomendaciones	41
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>42</b>
<b>Anexos</b>	<b>48</b>
Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables	49
Anexo 2: Consentimiento informado	50
Anexo 3: Instrumento de Recolección de datos	53
Anexo 4: Matriz de consistencia	55
Anexo 5: Permiso del Centro de Salud Pachacamac	57

# INFORME URKUND ANTIPLAGIO



## Document Information

Analyzed document	Informe Final Tesis 2022 (1).docx (D149480214)
Submitted	11/13/2022 12:02:00 AM
Submitted by	FRANISCO VALLENAS PEDEMONTE
Submitter email	FRANCISCO.VALLENAS@UPSJB.EDU.PE
Similarity	11%
Analysis address	francisco.vallenas.upsjb@analysis.orkund.com

## Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / MENDOZA_ESPICHAN_VICTOR.docx</b> Document MENDOZA_ESPICHAN_VICTOR.docx (D89908059) Submitted by: Luis.tatajel@upsjb.edu.pe Receiver: luis.tatajel.upsjb@analysis.orkund.com		1
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / TESIS EFRAIN CEHUA ANSIEDAD DEPRESIÓN REVISOR.docx</b> Document TESIS EFRAIN CEHUA ANSIEDAD DEPRESIÓN REVISOR.docx (D127115725) Submitted by: melissa.castaneda@upsjb.edu.pe Receiver: melissa.castaneda.upsjb@analysis.orkund.com		2
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / TESIS LEGUIA PACHECO.docx</b> Document TESIS LEGUIA PACHECO.docx (D126806877) Submitted by: JOSE.SALVADOR@upsjb.edu.pe Receiver: jose.salvador.upsjb@analysis.orkund.com		3
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / TESIS FACTORES DEPRESION KANSAS.docx</b> Document TESIS FACTORES DEPRESION KANSAS.docx (D149204000) Submitted by: jeff.huarcaya@upsjb.edu.pe Receiver: jeff.huarcaya.upsjb@analysis.orkund.com		2
<b>SA</b>	<b>Tesis efectos psicologicos en el personal de salud-Guevara Zavala Francis Miguel (1).docx</b> Document Tesis efectos psicologicos en el personal de salud-Guevara Zavala Francis Miguel (1).docx (D117914104)		5
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / NIVEL DE DEPRESION Y ANSIEDAD.docx</b> Document NIVEL DE DEPRESION Y ANSIEDAD.docx (D109578867) Submitted by: Carolina.belmar@upsjb.edu.pe Receiver: carolina.belmar.upsjb@analysis.orkund.com		1
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / 201215-Mendoza_Victor-Tataje.docx</b> Document 201215-Mendoza_Victor-Tataje.docx (D90255750) Submitted by: Luis.tatajel@upsjb.edu.pe Receiver: luis.tatajel.upsjb@analysis.orkund.com		3
<b>SA</b>	<b>Universidad Privada San Juan Bautista / PROYECTO DE TESIS SALAZAR SALCEDO Victor.docx</b> Document PROYECTO DE TESIS SALAZAR SALCEDO Victor.docx (D126358894) Submitted by: jorge.osada@gmail.com		7



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

ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:**

Bach. Mendoza Espichán Víctor Manuel

**TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:**

- MONOGRAFÍA ( )
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ( )
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ( )
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ( )
- PROYECTO DE TESIS ( )
- TESIS ( x )
- OTROS ( )

---

**INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA TURNITIN): 11%**

**COINCIDENCIA: 11 %**

Analyzed document Informe Final Tesis 2022 (1).docx (D149480214)

Submitted 11/13/2022 12:02:00 AM

Submitted by FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTTE

Submitter email FRANCISCO.VALLENAS@UPSJB.EDU.PE

Similarity 11%

Analysis address francisco.vallenas.upsjb@analysis.arkund.com

**Conformidad Investigador:**

**Conformidad Asesor**

**Conformidad Comité de investigación**

Mendoza Espichán

Vallenas Pedemonte

Vallenas Pedemonte

Víctor Manuel

Francisco Antonio

Francisco Antonio

DNI N° 70518233

DNI N° 07406196

DNI N° 07406196

Huella:



MEH-FR-80

V.1

11/04/2017

## LISTA DE TABLAS

**TABLA 1:** Relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y salud mental según niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del centro de salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac.

**TABLA 2:** Relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y salud mental según nivel de depresión en los trabajadores del centro de salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac.

**TABLA 3:** Relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y salud mental según nivel de ansiedad en los trabajadores del centro de salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac.

**TABLA 4:** Género con mayor nivel de depresión por diagnóstico positivo a COVID-19

**TABLA 5:** Género con mayor nivel de ansiedad por diagnóstico positivo a COVID-19

**TABLA 6:** Edad con mayor nivel de depresión por diagnóstico positivo a COVID-19

**TABLA 7:** Edad con mayor nivel de ansiedad por diagnóstico positivo a COVID-19

**TABLA 8:** Diagnóstico positivo a COVID-19 en trabajadores del C.S. Pachacamac

**TABLA 9:** Niveles de depresión en trabajadores del C.S. Pachacamac

**TABLA 10:** Niveles de ansiedad en trabajadores del C.S. Pachacamac

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1:** Matriz de operacionalización de variables

**ANEXO 2:** Consentimiento Informado

**ANEXO 3:** Instrumentos de recolección de datos

**ANEXO 4:** Matriz de consistencia

**ANEXO 5:** Permiso del Centro de Salud “Pachacamac”

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La pandemia de COVID -19, conocida también como pandemia del coronavirus, es un problema mundial que inició hace tres años (2020 - 2022), y actualmente se encuentra en curso, siendo esta una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2; cuya consecuencia no solo fue las crisis en el sector salud, sino también afectó considerablemente los sectores económicos, políticos y sociales alrededor del mundo. (1)

Actualmente la cifra de contagiados por COVID-19 rodea los 650 millones de personas desde el inicio de la pandemia, y alrededor de 6,5 millones de personas que fallecieron por la misma causa. Es por ello que es necesario resaltar el impacto que tiene la covid-19 en la salud mental de la población en general, ya que las cifras de contagiados y fallecidos por COVID-19 fueron extensas y pudo afectar negativamente en la salud mental. Sin embargo, el enfoque de este estudio será únicamente con el personal de salud, ya que fueron y son la primera línea de atención desde el inicio de la enfermedad, además de ser la población que estuvo mayor expuesta y que por ende tendrán más secuelas de la pandemia COVID-19. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (3)

A nivel mundial, la población que tuvo COVID-19 son las que tienen un mayor riesgo de tener alguna secuela en la salud mental. Se sabe que 1 de cada 5 personas que tuvieron la enfermedad, se han enfrentado a un diagnóstico de ansiedad o depresión. (4)

Además, se sabe que la salud mental en personas que sufren problemas socioeconómicos y los que padecen de alguna enfermedad mental previa, ha empeorado; y que los pensamientos suicidas han aumentado entre un 8 a 10% en personas que tuvieron covid-19 y que quedaron con alguna secuela en la salud mental. (5) Es por ello la importancia de conocer y

diagnosticar de manera oportuna estas afectaciones por tener consecuencias graves en la salud.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?
- ¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?
- ¿El género y el rango de edad están relacionados con los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?

## **1.3. Justificación**

### **Justificación teórica**

Actualmente existen pocos estudios a nivel nacional e internacional sobre impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental en los trabajadores de salud.

Por ello, resulta relevante conocer el impacto generado a la salud mental de esta población, no solo por ser una enfermedad mundial, sino también por el énfasis que se ha dado a los signos y síntomas que este produce, dejando de lado las posibles secuelas a la salud mental que ha generado como consecuencia de la enfermedad.

## **Justificación práctica**

Con la investigación se pretende proporcionar datos y análisis estadísticos que aporten a las entidades sanitarias a optar por un plan de prevención eficaz a las enfermedades de salud mental que la pandemia por la COVID-19 pueda producir a posterior. Asimismo, este trabajo proporciona una base de datos que sirve para la creación de guías de práctica clínica o de tratamiento para enfermedades de salud mental como consecuencia de una enfermedad contagiosa como es el coronavirus.

## **Justificación metodológica**

Asimismo, para el presente estudio se aplicará un instrumento de manera virtual, por lo que este tendrá mayor acceso a la población objetivo, además de reducir el riesgo de contagio, tiempo empleado y el gasto que implicaría la aplicación de un instrumento en físico.

### **1.4. Delimitación del área de estudio**

- Delimitación temporal: Setiembre 2022.
- Delimitación espacial: Centro de Salud “Pachacamac”, distrito de Pachacamac
- Delimitación poblacional: Trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

- Poca colaboración de los trabajadores del centro de salud a realizar el cuestionario de nuestra investigación.
- No todos los trabajadores del centro de salud se encuentran laborando, algunos se encuentran con licencia por salud o vacaciones.

### **1.6. Objetivos**

#### **1.6.1. Objetivo general**

- Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.



### **1.6.2. Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.
- Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.
- Determinar la relación entre el género y rango de edad con los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.

### **1.7. Propósito**

El estudio da a conocer la ansiedad y depresión como enfermedades prevalentes producido por la COVID-19 en los trabajadores del centro de salud “Pachacamac”, además del género y rango de edad que son más afectados; con la finalidad de poder reducir los niveles de morbilidad en este sector de la población.

Con una oportuna identificación de estas secuelas en la salud mental que genera la enfermedad por COVID-19, se puede reducir gastos en el sector salud, y conllevaría a una menor carga económica y social.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### 2.1.1. Antecedentes Nacionales

**Ricra M. y Palomino P. (7) “Covid-19 y Salud Mental en estudiantes en una facultad de Ciencias de la Salud, Huancavelica 2021”.** El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el impacto de la COVID-19 y la salud mental de los estudiantes de la facultad de Enfermería. La metodología que utilizaron fue descriptiva no experimental, con diseño transversal. Se trabajó con 261 estudiantes y la muestra se conformó con 156 estudiantes matriculados en el semestre. Entre los resultados se obtuvo que de todos los participantes el 65,4% tuvo edades entre 16-20 años y el 66,7% fue de sexo femenino. El 37,8% experimentó un impacto moderado, 71,2% nivel de estrés leve, 60,3% nivel de ansiedad leve, 54,5% nivel de depresión leve. Por lo contrario, el 55,8% presentó un nivel de salud mental regular. En conclusión se tuvo que la pandemia por Covid-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental de los estudiantes de ciencias de la salud.

**Seminario Huallpa, et al. (8) “Depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por Covid-19”.** Tuvieron como objetivo determinar la frecuencia y los factores asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana. Fue un trabajo observacional, transversal y analítico; y se utilizaron dos encuestas virtuales, la Escala de Psicopatología Depresiva-6 y la Escala de Ansiedad de Lima-20. Resultados y conclusiones: Obtuvieron que el 12,4% presentó depresión, 23,1% ansiedad y 5,3% suicidalidad. Los factores que tuvieron asociación significativa a depresión fueron: ser divorciado, viudo, tener estudios superiores incompletos y no tener trabajo. Además, el género femenino y ser joven independiente tuvieron asociación significativa con ansiedad.

**Huarcaya V. (9) “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia por COVID-19”** Fue un artículo de revisión con artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020 (descriptivo, transversal). Cuya evidencia revisada demostró que a inicios de la pandemia por COVID-19 en la población general, la presencia de ansiedad, depresión y estrés eran los síntomas más prevalentes. Además se detalla que en los trabajadores de salud se evidenciaron problemas de salud mental, especialmente los que trabajaban con casos sospechosos de la enfermedad.

**Paola Vivanco (10) “Ansiedad por COVID - 19 y Salud Mental en Estudiantes Universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote 2020”**, identifica la relación que existe entre la ansiedad adquirida por la COVID-19 y la salud mental tomando en cuenta las variables sociodemográficas como: edad, sexo, convivencia familiar, situación laboral y diagnóstico de COVID-19 en familiares, amigos y ellos mismos. Toma una muestra de 356 estudiantes universitarios (129 hombres y 227 mujeres, Medad = 22-36 años, DE = 2.46) a quienes se les aplicó el Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en español y el Mental Health Inventory-5 ((MHI) a fines de Mayo e inicios de Junio de 2020; cuyos resultados mostraron la existencia de una correlación negativa y significativa entre la ansiedad por COVID-19 y la salud mental ( $r = -,544$ ;  $p \leq 0.01$ ) confirmando así que a mayor ansiedad por COVID-19, menor salud mental en relación a la muestra de estudiantes peruanos.

**Pacheco L. y Olarte S. (11) “Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del COVID-19, 2020”**, realizada bajo un enfoque cualitativo en la provincia de Cusco, comprenden de manera profunda el impacto psicológico en los distintos pobladores de la zona que han atravesado a causa del aislamiento social obligatorio y las afecciones a su salud mental. Se tomó una muestra de 495 personas en total, cuyos resultados muestran un cambio estadísticamente significativo en la forma en que se han enfrentado al inicio y final de las medidas dispuestas por el

gobierno, además se logró evidenciar los cambios de conducta de las personas respecto a los vínculos afectivos y las relaciones sociales que se mantenían en un principio afectando la salud mental de los mismos.

**Urpeque G. (12) “Estado de salud mental en personal de salud frente al COVID – 19, 2020”**, describió el estado mental del personal de salud frente a la COVID-19 y la intervención interdisciplinaria de la población. Bajo un diseño no experimental y teórico se aplicó la técnica de análisis de documentos cuyos resultados en el personal sanitario demostraron un comportamiento oscilante ante la crisis sanitaria por la COVID-19. Asimismo, se identificó indicadores de trastornos mentales como: ansiedad, depresión y Burnout que afectarían drásticamente la salud mental de esta población.

#### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

**Domingo Prieto, et al. (13) “Trastornos de la salud mental en personas sometidas a cuarentena, estudio transversal durante pandemia por COVID-19 en población chilena”** Un estudio que tuvo como objetivo explorar la relación entre el tiempo de cuarentena y el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos. Se utilizó los cuestionarios para ansiedad TAG y depresión PHQ-9 en un total de 1488 sujetos. Los resultados obtenidos fueron que el 67% de la población total tenía síntomas depresivos clínicamente significativos, y el 39% síntomas de ansiedad. Además, estar cuatro a más semanas en cuarentena se asoció a un riesgo de 1,6 veces mayor de desarrollar síntomas depresivos y un riesgo de 2,9 veces mayor para desarrollar síntomas de ansiedad.

**Cuiyang Wang, et al. (14) “Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) entre la población general en China”**. Este estudio tuvo como objetivo comprender el impacto que tuvo la etapa inicial de la Covid-19 en el nivel psicológico, con enfoque en ansiedad y depresión. Se utilizó una técnica de

muestreo en bola de nieve y encuestaron a la muestra encontrada; se utilizó una encuesta de salud mental para evaluar la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Resultados y conclusiones: Obtuvieron que la mayoría de los encuestados pasaba entre 20 a 24 hrs al día en casa por el aislamiento social. Durante la fase inicial del brote de covid-19 en china más de la mitad de los encuestados calificaron el impacto psicológico como moderado a severo y alrededor de un tercio informó ansiedad de moderada a severa.

**Le Shi, et al. (15) “Prevalencia y factores de riesgo asociados a síntomas de salud mental en la población general en China durante la pandemia por coronavirus 2019”.** Se llevó un estudio descriptivo de carácter transversal, retrospectivo. El cual se involucró a 34 regiones en provincias de China y se incluyó a personas de 18 años a más. Se llevó a cabo entre el 28 de febrero al 11 de marzo del 2020; su análisis fue entre marzo a mayo 2020. Respondieron al cuestionario después de excluir las “no válidas” un total de 56679 personas; el cual tuvo como resultado que durante la pandemia COVID-19 las tasas de depresión fueron de 27.9%, 31.6% para la ansiedad, 29.2% para el insomnio y 24.4% para el estrés agudo. Los factores asociados independientemente de los resultados negativos de salud mental fueron: tener sospecha o confirmación de COVID-19, tener a una persona con COVID-19 sospechoso o confirmada cerca; que este expuesto en el trabajo y los que vivían en la provincia de Hubei. Concluye que, existe una relación significativa de la carga de salud mental con la enfermedad por COVID-19.

**Zhen Zhu, et al. (16) “La situación psicológica de las personas afectadas por el brote de COVID-19 en China”.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal donde participaron 922 personas, entre médicos y habitantes en general y se llevó a cabo en China entre febrero y marzo 2020. Se utilizó como instrumento de investigación la Lista de Verificación de Síntomas 90 Revisada (SCL-90). Entre los resultados se destaca que del total de participantes, el 18,3% tenía problemas de salud mental. La puntuación del SCL-90

significativamente fue mayor en el personal médico que en los habitantes en general. Además, se obtuvo que las mujeres tenían 1,44 veces más riesgo de tener problemas psicológicos de salud mental que los varones. Por lo que concluye que, de los participantes, el 18,3% tuvo problemas de salud mental durante el brote de la epidemia por COVID-19 y que, con la remisión de la enfermedad, este número ha ido disminuyendo. (13)

**Ferraz G, et al. (17) “COVID-19 y salud mental en Brasil: Síntomas psiquiátricos en la población general”** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal. Tuvo una muestra de 1996 personas, recogidos entre el 20 de mayo y el 14 de julio del 2020. Se evaluó variables sociodemográficas, conocimiento sobre COVID-19, eventos previos sobre trastornos de salud mental (Impacto de Escala de Eventos Revisada (IES-R)), estado de salud físico y mental (DSM-5 Self-Rated Level 1), clasificada en Escala de Likert de 5 puntos. Los resultados arrojaron que de la prevalencia de síntomas psiquiátricos, destacaron los síntomas de ansiedad (81,9%), síntomas de depresión (68%), ira (64,5%), entre otros con menos prevalencia. Concluye que hay una alta prevalencia de problemas de salud mental, en los que destaca la ansiedad y la depresión.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Pandemia Covid-19**

En la Ciudad de Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei, a fines del año 2019 se conocieron casos de pacientes con neumonía provocada por causas no conocidas hasta entonces. A través de muchas investigaciones, poco tiempo después, se detectó al causante de esta enfermedad un nuevo tipo de coronavirus. Esto se incrementó de forma rápida, causando una epidemia en toda China, y luego propagándose rápidamente en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud, en febrero 2020, nominó a la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad del coronavirus 2019. El virus que causa COVID-19 se designa coronavirus del síndrome

respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2); anteriormente, se le conocía como 2019-nCoV. (18)

#### **2.2.1.1. Virología Covid-19**

Este brote de infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo el síndrome de dificultad respiratoria, es el tercer derrame, en sólo dos décadas, de un coronavirus animal para los seres humanos que concluyó en una epidemia importante. El Grupo de Estudio coronavirus (CSG) del Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de investigar la clasificación oficial de virus y taxones (taxonomía) de la familia Coronaviridae, evaluó la novedad del patógeno humano tentativamente llamado 2019-nCoV. (18)

Los coronavirus están formados por una única cadena RNA monocatenario de polaridad positiva. La secuenciación completa del genoma y el análisis filogenético indicaron que el coronavirus causante del COVID-19 es un betacoronavirus en el mismo subgénero que el virus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) (así como varios coronavirus de murciélagos), pero en un caso diferente. (18)

El receptor host para la entrada de células SARS-CoV-2 es el mismo que para SARS-CoV, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) (19)

SARS-CoV-2 se une a ACE2 a través de la región genética de unión a receptores de su proteína de espiga. Un estudio que monitorizó los cambios de aminoácidos en la proteína de espiga de los aislados SARS-CoV-2 incluidos en una base de datos de secuencia grande identificó una sustitución D614G (glicina para ácido aspártico) que se convirtió en el polimorfismo dominante a nivel mundial con el tiempo. (20) (21)

### **2.2.1.2. Epidemiología**

Más de 600 millones de casos confirmados de COVID-19. (18) se han notificado a nivel mundial.

Desde el inicio de casos de Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei, en diciembre del 2019, se han notificado casos en todos los continentes, excepto en la Antártida. (22, 23)

La transmisión a través de las vías respiratoria directa de persona a persona es el principal medio de transmisión del coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2). Parece que ocurre principalmente a través del contacto de corta distancia (es decir, dentro de aproximadamente seis pies o dos metros) a través de gotas respiratorias; virus liberado en las secreciones respiratorias cuando una persona con infección tose, estornuda o habla puede infectar a otra persona si se inhala o hace contacto directo con las membranas mucosas. Esta infección puede ocurrir también, si las manos de una persona están contaminadas por gotas o al tocar superficies contaminadas y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca, aunque no podemos asegurar que las superficies contaminadas sean una vía importante de transmisión. (24, 25)

Asimismo, SARS-CoV-2 se puede transmitir también en distancias más largas a través de la ruta aerotransportada (por inhalación de partículas menores que las gotas que permanecen en el aire a lo largo del tiempo y la distancia), aunque la medida en que este modo de transmisión ha contribuido a la pandemia es controvertida. (26)

### **2.2.1.3. Transmisión asintomática o presintomática**

La transmisión del SARS-CoV-2 de individuos con infección, pero sin síntomas (incluidos los que más tarde desarrollaron síntomas y, por lo tanto, se consideraron presintomáticos) ha sido bien documentada. (27)



Biológicamente, la ciencia se apoya en un estudio de un brote de SARS-CoV-2 en un centro de atención a largo plazo, en el que se hizo cultivar al virus infeccioso a partir de muestras del tracto respiratorio superior positivas de RT-PCR en pacientes presintomáticos y asintomáticos tan pronto como seis días antes del desarrollo de síntomas típicos. Los niveles y la duración del ARN viral en el tracto respiratorio superior de los pacientes asintomáticos también son similares a los de los pacientes sintomáticos. (27) (28)

### **2.2.2. Salud mental**

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. (29)

#### **2.2.2.1. Determinantes en salud mental**

Durante la vida del hombre, existen múltiples determinantes que pueden mezclarse para proteger o socavar nuestra salud mental. Entre ellas hablamos de determinantes individuales, sociales y estructurales.

Existen factores psicológicos y biológicos que pueden hacer que la población sea más vulnerable a afecciones de salud mental, hablamos de habilidades emocionales, abuso de sustancias y la propia genética.

Entre otros factores que aumenta la vulnerabilidad de sufrir afecciones de salud mental tenemos a la exposición a circunstancias sociales,

económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como pobreza, violencia, desigualdad y degradación del medio ambiente.

Hay amenazas locales que aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Amenazas mundiales que afectan a poblaciones enteras; se destaca las recesiones económicas, los brotes de enfermedades, las emergencias humanitarias y los desplazamientos forzados. (29)

Entre estas amenazas encontramos a la actual pandemia covid-19 como brote de enfermedades.

Producto de la pandemia, muchos servicios sociales y de salud, la educación y las actividades comunitarias fueron interrumpidos, todo ello afectando la economía de la totalidad de países de las Américas. Tanto el desempleo, la pobreza y la desigualdad ha aumentado dramáticamente; en consecuencia, la salud mental de la población, desde el niño al adulto mayor, como grupos socioeconómicos en todas las regiones se han visto afectadas negativamente.

Últimos estudios realizados en algunas regiones de América han mostrado altas tasas de depresión y ansiedad como resultado de la pandemia por covid-19, mayoritariamente entre mujeres, jóvenes, personas con alguna condición de salud mental preexistente, los trabajadores de salud de primera línea y poblaciones que viven en condiciones vulnerables. (30)

#### **2.2.2.2. Etapa de duelo como determinante en salud mental:**

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de inequidades sanitarias. Factores como la distribución del dinero, poder y recursos modifican la morbilidad y la mortalidad de una población determinada. La experiencia durante este periodo de pandemia nos ha demostrado la influencia de los determinantes, no solamente en cómo las personas desafían la enfermedad o las consecuencias de la misma, sino cómo han de adaptar sus creencias personales y sus condiciones, muchas veces limitadas, para afrontar la pérdida de un

ser querido, o para lograr su propia estabilidad en la salud mental.  
(31)

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales, que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.<sup>1)</sup> A su vez, nos indica, como salud mental, al estado de bienestar en el cual un individuo se da cuenta de sus propias aptitudes y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Si tales conceptos se toman en cuenta para el análisis de un proceso de duelo, al tratarse de una vivencia dramática por la pérdida de un ser querido, nos damos cuenta que tal dolor subjetivo no es solamente un estado anímico de límites rígidos,<sup>3</sup> sino que más bien se puede entender como un proceso que se influye de aquellos determinantes, y se manifiesta de varias formas según el contexto psicosocial en el que se desenvuelve cada persona. (32)

En la práctica diaria de la salud, no son escasas, por ejemplo, las veces en que se observa al familiar del difunto, culpar de su deceso al sistema colapsado de hospitalización, a la falta de insumos médicos o camas en cuidados intensivos, y hasta al mismo personal sanitario que lo atendió. Sentimientos de culpa donde la gente cree que pudo haber hecho algo mejor por su familiar fallecido, o nunca perdonarse por “haber llevado el virus a su casa” son experiencias que se observan a diario. También la incertidumbre de su propia vulnerabilidad, o la posibilidad de nuevas pérdidas vuelven el duelo una situación social estresante.

De la misma forma, al conversar rutinariamente con familiares o amigos de un paciente fallecido, podemos ver que es frecuente el duelo sin despedida, porque, bien sea por confinamiento, aislamiento y cuarentena, no pudieron asistir al funeral y entierro de su difunto, o incluso dicho funeral ni siquiera se llevó a cabo por motivos de

seguridad sanitaria. Y es en los sectores rurales donde más se sufren estas consecuencias, debido a la gran importancia cultural atribuida a la idiosincrasia espiritual, religiosa, étnica y ritualista predominante en sus comunidades. (33)

### **2.2.3. Ansiedad**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene como característica una preocupación y ansiedad de manera excesiva que en su mayoría son difíciles de controlar, causan angustia y deterioro de forma significativa, y ocurren en más días que no durante al menos seis meses.

La GAD es un trastorno relativamente común, más a menudo con inicio durante la edad adulta y un curso crónico. La TAG puede conllevar a deficiencias significativas en el funcionamiento del papel, disminución de la calidad de vida y altos costos de atención médica; parte del tratamiento eficaz son los medicamentos, psicoterapia o una combinación de las dos modalidades dependiendo el caso (34).

#### **2.2.3.1. Epidemiología**

El trastorno de ansiedad generalizada se da tanto en entornos comunitarios como clínicos. En Estados Unidos se realizaron estudios epidemiológicos con muestras representativas cuyos resultados fueron la existencia de una prevalencia de TAG de por vida del 5,1 por ciento a 11,9 por ciento. Asimismo, en Europa tras una revisión de los estudios epidemiológicos se encontró una prevalencia de 12 meses de 1,7 a 3,4 por ciento, y una prevalencia de por vida de 4,3 a 5,9 por ciento (35).

La GAD es considerado uno de los trastornos mentales más comunes en los entornos de atención primaria y se asocia con un mayor uso de los servicios de salud. En un estudio que se realizó a pacientes adultos de atención primaria en cuatro países nórdicos, las tasas de GAD fueron del 4,1 al 6,0 por ciento entre los hombres, y del 3,7 al 7,1 por ciento entre las mujeres (36).

El trastorno tiene mayor prevalencia en el sexo femenino a comparación del sexo masculino. Además, la TAG es probablemente el trastorno de ansiedad más común que afecta a las personas de la tercera edad (36).

### **2.2.3.2. Manifestaciones clínicas**

Aunque la preocupación excesiva y persistente es ampliamente considerada como la característica patognomónica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la mayoría de los pacientes presentan otros síntomas relacionados con hiperarousal, hiperactividad autonómica y tensión muscular. Muchas personas refieren que les aqueja dificultad para conciliar el sueño, fatiga y poca capacidad para relajarse. Los dolores de cabeza y el dolor en el cuello, los hombros y la espalda son síntomas que las personas suelen divulgar comúnmente. Es habitual que los pacientes con estos síntomas se presenten a los profesionales de la salud de manera repetitiva, con preocupaciones apremiantes pero de larga data que resultan ser médicamente inexplicables (37).

La naturaleza de la preocupación excesiva y persistente no se ha investigado extensamente. Individuos con TAG han reportado un mayor número de preocupaciones, pero se encontró que estos individuos comparten las mismas preocupaciones respecto a la salud, las relaciones familiares e interpersonales, el trabajo y las finanzas como los controles no ansiosos. Individuos con TAG se han distinguido de los controles, y de los pacientes con otros trastornos de ansiedad, por tener una mayor preocupación por asuntos menores (37).

### **2.2.3.3. Tipos de ansiedad**

**Ansiedad leve**, asociada a tensiones de la vida diaria. La persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este tipo de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad.

**Ansiedad moderada**, en la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello.

**Ansiedad grave.** Hay una reducción significativa del campo perceptivo. La persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad (37).

#### **2.2.4. Depresión**

La depresión, es una enfermedad reconocida desde hace más de 3000 años por la medicina egipcia. En el Corpus Hippocraticum, Hipócrates menciona la palabra “melancolía”, definida esta como una enfermedad mental causada por la bilis negra. En los últimos años se ha dado gran importancia a la presencia de los trastornos depresivos en la etapa de la adolescencia, sobre todo por la falta de un diagnóstico oportuno, y por lo tanto, un retraso considerable en el inicio del tratamiento (38).

Se calcula que esta enfermedad afecta a más de 300 millones de personas. Es relevante referir que la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud con consideraciones serias, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, esta enfermedad puede llevar al paciente por optar como una aparente solución el suicidio. Cada año se registran cerca de 800 000 personas que se provocaron la muerte de forma intencional, y el suicidio es considerado la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (38).

#### **2.2.4.1. Epidemiología de depresión en Perú**

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, en el año 2016 se registró que alrededor de 1.7 millones de peruanos padecieron esta enfermedad. Se estima que, en Lima, el desorden mental más común de todos es la depresión. A lo largo de su vida, el 17% de limeños presentará un episodio depresivo. De acuerdo con el último Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental, al momento de realizar la investigación el 7% de los adolescentes y el 2.8% de los adultos sufría de un episodio depresivo (38).

#### **2.2.4.2. Clasificación**

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho, el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en: depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos se puede encontrar al trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico (39).

- **Trastorno depresivo mayor**

Es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas.

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, se encuentra un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como la depresión endógena, cuya definición es ser una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones

psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es considerada de mayor gravedad que la no melancólica (39).

- **Trastorno distímico**

El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las principales diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20-30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución (39).

**Según su intensidad**, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional

Siguiendo lo planteado por Zuckerbrot et al., la depresión leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la depresión (40).

Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios CIE-10 (41).

### **Episodio depresivo leve (F32.0)**

Los síntomas más característicos son



- Ánimo depresivo
- Disminución de interés y de la capacidad de disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

### **Episodio depresivo moderado (F32.1)**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

### **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave (41).

#### **2.2.5. Cuarentena y aislamiento social por covid-19**

Cuarentena viene a ser la limitación de la circulación o restricción de algunos lugares para una determinada población que potencialmente han podido estar expuestas a alguna enfermedad infecciosa. De esta manera observar si se enferman y, a la vez se espera reducir el riesgo de infección a otras personas.

En comparación con el aislamiento, es la separación de la población que previamente han sido diagnosticadas de alguna enfermedad infecciosa o contagiosa con la población que aparentemente no están enfermas o contagiadas. Sin embargo, aún en la actualidad se sigue confundiendo estos dos términos entre el público (42).

En la actualidad y por motivo del brote de la enfermedad por COVID-19, es que a muchas ciudades del mundo y especialmente en china que es donde inició la enfermedad, se tuvo que tomar medidas drásticas como poner en cuarentena masiva a todas estas ciudades, y a muchos de extranjeros que por alguna razón estuvieron en china y que regresaban a su país, se les tuvo que poner en aislamiento por posible exposición al virus por haber estado en una zona de contagio.

Se rescata algunos precedentes donde se tuvo que tomar las mismas medidas de cuarentena masiva. Esto se vio en todas las ciudades de China y Canadá cuando se desató el brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en el año 2003. Además, para el brote del ébola en el 2014, aldeas enteras de varios países de África también tuvieron que tomar las mismas medidas para poder reducir el contagio (42).

#### **2.2.6. Impacto en Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como "una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o proyecto en la salud de una población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella" (42).

Para Karen Lock la EIS es un "método estructurado para determinar y mejorar las consecuencias sobre la salud" (43).

Por lo tanto cuando uno habla de impacto, habla de las consecuencias sobre la salud que se tiene por algunos factores, políticos, programas o proyectos en salud. Si lo relacionamos a la actual pandemia, como factores tenemos las siguientes políticas o programas establecidos como emergencia por la pandemia covid-19

que afectaron negativamente a la salud mental de la población trabajadora en el área de salud.

#### **2.2.6.1. Impacto psicológico de la cuarentena**

Un estudio con el personal de salud en contacto con la enfermedad, después de haber estado en un periodo de cuarentena y aislamiento presentaron síntomas de trastorno de estrés agudo. Además, el mismo estudio reveló que este grupo de personas era más propenso a presentar agotamiento, desapego, ansiedad al tratar con pacientes, irritabilidad, insomnio, mala concentración e indecisión, bajo rendimiento laboral y algunos que desistían del trabajo (44).

En un estudio donde se comparó los síntomas postraumáticos en padres e hijos que fueron puestos en cuarentena con otro grupo donde no se acató las medidas, se encontró que los niños que habían sido expuestos tenían cuatro veces más riesgo de sufrir síntomas de estrés postraumáticos en comparación a los que no fueron expuestos (44).

En un estudio donde se estudió a personal de salud de un hospital, se examinó los síntomas de depresión que estas personas expresaban tres años después de haber estado en cuarentena, se encontró que el 9% de la muestra reportó síntomas altos de depresión. De este grupo de personas que presentaron síntomas depresivos altos, el 60% había estado en cuarentena, y un 15% fue de un pequeño grupo que presentaron depresión leve o baja y que también habían estado en cuarentena (45).

En un estudio donde se comparó resultados de síntomas psicológicos de personas durante el periodo de cuarentena, con síntomas psicológicos que se expresaron posterior a la cuarentena. Los resultados fueron que durante la cuarentena el 7% de la muestra evidenciaron síntomas de ansiedad y el 17% sentimientos de ira. Sin embargo, cuatro a seis meses después de haber culminado la

cuarentena, estos valores variaron. Los síntomas de ansiedad habían reducido a un 3% y los sentimientos de ira en un 6% (45).

## **2.3. Hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

- Existe relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

- Existe relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.
- Existe relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.
- Existe relación entre el género y rango de edad con los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.

## **2.4. Variables**

Variable 1: Salud Mental

Variable 2: Diagnóstico positivo a COVID-19

## **2.5. Definición de conceptos operacionales**

### **a. Salud Mental**

- **Nivel de depresión:** Variable dependiente que se medirá en 4 niveles:
  - Ausencia de depresión
  - Depresión leve
  - Depresión moderada
  - Depresión severa

- **Nivel de ansiedad:** Variable dependiente que se medirá en 4 niveles:
  - Ausencia de ansiedad
  - Ansiedad leve
  - Ansiedad moderada
  - Ansiedad severa

- b. **Diagnóstico positivo a COVID-19:** Variable independiente que se medirá en:
  - Caso confirmado
  - Caso no confirmado

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Diseño metodológico

#### 3.1.1. Tipo de investigación

- Tipo de investigación observacional y transversal.
- Es observacional ya que no se manipulan las variables, se describen sin intervenir.
- Es transversal porque todas las variables se medirán en una sola ocasión y en un período de tiempo.

#### 3.1.2. Nivel de Investigación

Es de carácter correlacional, ya que se midió la relación que existe entre dos variables (Salud mental y Diagnóstico positivo a COVID-19)

Se midió la relación de salud mental determinado por niveles de depresión y ansiedad en una población expuesta a la covid-19.

### 3.2. Población y muestra

- Población:
  - El Centro de Salud Pachacamac está constituida por 97 trabajadores.
- Muestra:
  - Se trabajará con toda la población, siendo 97 trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, del distrito de Pachacamac.

Ningún trabajador fue excluido ya que en el mes de setiembre ya todos los trabajadores laboraban presencialmente en el establecimiento de salud, además, aceptaron el consentimiento informado y no tenían diagnóstico previo de alguna enfermedad de salud mental.

N°	Tipo de personal	Cantidad
1	Médico	11
2	No médico	86

- **Criterios de Inclusión:**
  - Trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” que trabajan presencialmente en el C.S. Pachacamac.
  - Trabajadores del Centro de Salud sin antecedentes de depresión y/o ansiedad.
  - Trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” que brindan su consentimiento para incluirse en la investigación.
- **Criterios de Exclusión:**
  - Trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” que no trabajan presencialmente en el C.S. Pachacamac
  - Trabajadores del Centro de Salud con antecedentes de depresión y/o ansiedad.
  - Trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” que no brinden su consentimiento para incluirse en la investigación.

### **3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos**

El método de aplicación del instrumento fue entrevistas *fase-to-face*. Con ello se pretendió evaluar la relación del diagnóstico positivo a COVID-19 y la salud mental, según los niveles de depresión y ansiedad, en la población de estudio.

Los instrumentos que utilizamos para medir impacto en la salud son dos, uno que mide niveles de depresión con la Escala de Depresión de Zung y otro que mide niveles de ansiedad con la encuesta de Trastorno de Ansiedad Generalizada, siendo dos afecciones en la salud mental que con mayor frecuencia se presentan después de un suceso traumatizante o agobiante:

### 3.3.1. Escala de depresión de Zung (EDZ):

Este cuestionario es un instrumento validado y consta de 20 ítems, cada uno proporciona una puntuación entre 1 a 4, por lo tanto, el rango de valores es de 20 a 80 puntos. Permite el diagnóstico con un puntaje >50 puntos y medir niveles de depresión según el puntaje total obtenido:

- 25 – 49 puntos: Ausencia de depresión
- 50 – 59 puntos: Depresión leve
- 60 – 69 puntos: Depresión moderada
- >=70 puntos: Depresión severa

Según las propiedades psicométricas de la escala de depresión de Zung, mediante el coeficiente de validez del contenido (CVC) demostró congruencia de constructos, obteniendo un coeficiente de 0,98, por lo que se planteó un modelo bifactor con índices de ajustes adecuados ( $X^2 = 273,2$ ;  $df = 169$ ; **CFI = ,917**;  $TLI = ,907$ ;  $RMSEA = ,055$  y  $RMR = ,056$ ); la confiabilidad fue alta ( $\alpha = 0,855$ ;  $\Omega = ,869$ ); los resultados han sido publicados en la Revista Peruana de Ciencias de la Salud (40).

Se realizó una prueba piloto al estudio para poder tener nuestro propio resultado de confiabilidad del instrumento a utilizar, dando como resultados una confiabilidad buena con la prueba estadística alfa de cronbach ( $\alpha = 0,823$ )

Alfa de Cronbach	N de elementos
,823	20

### 3.3.2. Escala de Ansiedad Generalizada (TAG-7):

La escala TAG-7 es un instrumento autoaplicable de 7 ítems que se utilizó ampliamente para medir nivel y diagnóstico de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-V. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de TAG-7



puede variar de 0 a 21, y una puntuación  $\geq 10$  indica un trastorno de ansiedad generalizada.

Los resultados se clasificaron según el puntaje total obtenido:

- 0-4 puntos: No se aprecia ansiedad
- 5-9 puntos: Ansiedad leve
- 10-14 puntos: Ansiedad moderada
- 15-21: Ansiedad severa

El estudio original sobre las propiedades psicométricas del instrumento reportó adecuados valores de sensibilidad (confiabilidad de 0,92) y especificidad (validez de 0,83) del instrumento (42); desde entonces se han informado buenas propiedades psicométricas del instrumento en todo el mundo y se utiliza ampliamente en diferentes contextos de la salud mental. Se empleó la versión adaptada del TAG-7 para Perú (43), donde la fiabilidad fue buena con un alfa de cronbach de 0,89. Además, en un estudio de validez de constructo y fiabilidad del instrumento TAG-7 realizado en Colombia (44), demostró que el instrumento presenta indicadores adecuados de validez y confiabilidad; posee una estructura unidimensional de la escala TAG-7 (RMSEA = 0,080; **CFI = 0,995**; SRMR = 0,053;  $p < 0,001$ ) y un alfa de Cronbach = **0,920** (IC95%, 8,80-9,71).

Por último, al estudio se le realizó una prueba piloto para demostrar la confiabilidad que tiene el instrumento TAG-7, donde se evaluó a 20 trabajadores de salud del centro de salud “Pachacamac” las cuales se les realizó la encuesta y a los resultados se le aplicó el estudio estadístico de alfa de cronbach dando como resultado 0,822, siendo este una confiabilidad **buena**.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,822	7

### **3.3.3. Infección Covid-19:**

Esta variable se midió únicamente a través de la confirmación de la prueba molecular para COVID-19 positivo que el participante haya realizado previamente. En lo posible, el participante compartió su prueba positiva con el investigador.

### **3.4. Diseño de recolección de datos**

Se pidió de manera formal por documento escrito y en físico al jefe del establecimiento el permiso necesario para realizar el estudio, en ello se detalló los permisos para recoger datos en el área de estadística y aplicar el cuestionario a trabajadores del centro de salud. A cada trabajador se le entregó un juego de hojas con 2 contenidos: primero, el consentimiento informado, para que el estudio tenga total aceptabilidad del trabajador para ser parte del estudio; segundo, el cuestionario que será el instrumento de recolección de datos.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Para el proceso y análisis de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 25 y Microsoft Excel 2016.

Se realizó estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variable (frecuencia y porcentaje), se tabuló en tabla y por medio de gráficos.

Además se utilizó tablas de correlación o tablas cruzadas para poder relacionar las dos variables. Con ello se pudo obtener el impacto que tuvo la covid-19 en la salud mental según niveles de depresión y ansiedad.

### **3.6. Aspectos éticos**

En el presente estudio se tomó en cuenta los 4 principios fundamentales de la bioética, empezando por el principio de no maleficencia, donde el fin de este estudio no será hacer daño o infringir en la integridad de la persona que pertenece al grupo de estudio de esta investigación; además tuvo un principio de

beneficencia, ya que con el estudio se pretende beneficiar a las personas que sufren de alguna enfermedad de salud mental causado por la pandemia covid-19, brindando información necesaria para su atención o prevención de las mismas. Además, cumplió el principio de justicia, ya que no se rechazó ni discriminó a ningún trabajador que generosamente quiso ser parte del estudio, y por último tuvo el principio de autonomía, ya que el trabajador fue libre de decidir si responder o no la encuesta, siendo autónomo en cada una de sus respuestas.

El estudio no posee riesgos en la salud física o mental del participante.

Por lo contrario, el trabajo tiene beneficios para la sociedad ya que los resultados que se obtuvieron será fuente importante para próximos estudios, servirá como base para realizar prevención y promoción en salud. Sobre los beneficios para el participante es que podrá conocer los resultados de las encuestas a fin de informar la presencia de síntomas depresivos o ansiedad que se obtuvo para evitar sucesos posteriores que afecten su salud mental. Además, se brindó números de contacto para que cada participante pueda comunicarse con el autor de la investigación para cualquier duda sobre el tema a investigar.

Por consiguiente, al trabajador se le brindó la información necesaria de la investigación y dio su aprobación voluntaria antes de responder el cuestionario con un consentimiento informado (**anexo 2**). Por último, la investigación tuvo total confiabilidad sobre la información que se obtuvo de cada trabajador, además de ser una encuesta anónima, se le dio la seguridad total ya que los datos obtenidos solo y exclusivamente fueron utilizados para materia de investigación guardando estrictamente los datos de cada paciente.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1. Resultados

Tabla 1: Características sociodemográficas de los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

		n	(%)
Sexo	Hombre	26	26.80%
	Mujer	71	73.20%
Rango etario	18-25 años	16	16.49%
	26-35 años	17	17.53%
	36-45 años	19	19.59%
	46-65 años	45	46.39%
	>65 años	0	0.00%
Profesión	Médico	12	12.37%
	No médico	85	87.63%
COVID-19	Positivo	55	56.70%
	Negativo	42	43.30%
Niveles de Ansiedad	Ausente	0	0.00%
	Leve	23	23.71%
	Moderada	47	48.45%
	Severa	27	27.84%
Niveles de Depresión	Ausente	21	21.65%
	Leve	29	29.90%
	Moderada	38	39.18%
	Severa	9	9.28%

Interpretación: La tabla muestra las características sociodemográficas que presentan los trabajadores del centro de salud, se encontró que el género femenino es quien predomina con 73,20%; según rango de edad se encontró mayor número de trabajadores entre 46 -65 años con 46,39%. El diagnóstico positivo COVID-19 se dio en el 56,70% de la población. Según niveles de ansiedad se encontró que el 48,45% de trabajadores sufrió de síntomas de ansiedad moderada, mientras que en depresión el 39,18% de trabajadores tuvo síntomas de depresión moderada.

Tabla 2: Relación entre el diagnóstico a COVID-19 y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Covid-19	Depresión							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Positivo	12	21,8%	20	36,4%	21	38,2%	2	3,6%
Negativo	9	21,4%	9	21,4%	17	40,5%	7	16,7%

**Interpretación:**

Según la relación entre el diagnóstico COVID-19 y los niveles de depresión se encuentra que los trabajadores que dieron diagnóstico positivo y negativo a COVID-19 sufrieron el mismo nivel de depresión moderada con 38,2% para diagnóstico positivo y 40,5% para diagnóstico negativo. Por tanto no hay diferencia que demuestre la asociación entre diagnóstico positivo a COVID-19 con los niveles de depresión.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el diagnóstico a COVID-19 y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,104 y no fue significativo.

Tabla 3: Relación entre el diagnóstico a COVID-19 y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Covid-19	Ansiedad							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Positivo	0	0%	15	27,3%	27	49,1%	13	23.60%
Negativo	0	0%	8	19.00%	20	47,6%	14	33,3%

### Interpretación:

Según la relación entre el diagnóstico COVID-19 y los niveles de ansiedad se encuentra que los trabajadores que dieron diagnóstico positivo y negativo a COVID-19 sufrieron el mismo nivel de ansiedad moderada con 49,1% para diagnóstico positivo y 47,6% para diagnóstico negativo. Por tanto no hay diferencia que demuestre la asociación entre diagnóstico positivo a COVID-19 con los niveles de ansiedad.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el diagnóstico a COVID-19 y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,474 y no fue significativo.

Tabla 4: Relación entre el sexo y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Sexo	Depresión							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Masculino	6	23,1%	7	26,9%	10	38,5%	3	11,5%
Femenino	15	21,1%	22	31,0%	28	39,4%	6	8,5%

**Interpretación:**

Según la relación entre el sexo y los niveles de depresión se encuentra que los trabajadores del sexo masculino y femenino sufrieron el mismo nivel de depresión moderada con 38,5% para el sexo masculino y 39,4% para sexo femenino. Por tanto no hay diferencia que demuestre la asociación entre el sexo con los niveles de depresión.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el sexo y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,953 y no fue significativo.

Tabla 5: Relación entre el rango de edad y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Rango de edad	Depresion							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
18-25 años	5	31,3%	4	25,00%	7	43,8%	0	9%
26-35 años	4	23,5%	6	35,3%	5	29,4%	2	11,8%
36-45 años	2	10,5%	8	42,1%	6	31,6%	3	15,8%
46-65 años	10	22,2%	11	24,4%	20	44,4%	4	8,9%
>65 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Interpretación:**

Según la relación entre el rango de edad y los niveles de depresión se encuentra que los trabajadores entre 18-25 años el mayor porcentaje tuvieron depresión moderada con 43,8%, los de 26-35 años con depresión leve 35,3%, de 36-45 años con depresión leve 42,1%, y los de 46-65 años con depresión moderada 44,4%.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el rango etario y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,631 y no fue significativo.



Tabla 6: Relación entre el sexo y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Sexo	Ansiedad							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Masculino	0	0%	8	30,8%	10	38,5%	8	30,8%
Femenino	0	0,00%	15	21,1%	37	52,1%	19	26,8%

**Interpretación:**

Según la relación entre el sexo y los niveles de ansiedad se encuentra que los trabajadores del sexo masculino y femenino sufrieron el mismo nivel de ansiedad moderada con 38,5% para el sexo masculino y 52,1% para sexo femenino. Por tanto no hay diferencia que demuestre la asociación entre el sexo con los niveles de ansiedad.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el sexo y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,953 y no fue significativo.

Tabla 7: Relación entre el rango de edad y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

Rango de edad	Ansiedad							
	Ausente		Leve		Moderada		Severo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
18-25 años	0	0%	6	37,5%	5	31,3%	5	31,3%
26-35 años	0	0%	5	29,4%	9	52,9%	3	17,6%
36-45 años	0	0%	4	21,1%	9	47,4%	6	31,6%
46-65 años	0	0%	8	17,8%	24	53,3%	13	28,9%
>65 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Interpretación:**

Según la relación entre el rango de edad y los niveles de depresión se encuentra que los trabajadores entre 18-25 años el mayor porcentaje tuvieron ansiedad leve con 37,5%, los de 26-35 años con ansiedad moderada 52,9%, de 36-45 años con ansiedad moderada 47,4%, y los de 46-65 años con ansiedad moderada 53,3%.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson. No se encontró asociación entre el rango etario y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022.

El valor de p fue de 0,632 y no fue significativo.

## 4.2. Discusión

- En este estudio el género femenino predominó con 71% del total de la población. A pesar que el género femenino no tuvo asociación con el diagnóstico positivo a COVID-19, se encontró que es el género que sufre mayores síntomas de depresión con 78,9% y ansiedad con 100%. Así, en el estudio de Ricra M. y Palomino P.<sup>7</sup> también demuestra que el género predominante es el femenino con 66,7%, siendo este mismo quien mayor relación tuvo con síntomas de depresión 54,5% y de ansiedad 60,3%. Paola Vivanco<sup>10</sup>, de 356 estudiantes que se aplicó la encuesta de salud mental y covid-19, 227 eran mujeres (63,76%). Zhen Zhu, et al<sup>16</sup> un estudio en personas afectadas por el COVID-19 en china también concluye que las mujeres tienen 1,44 veces más riesgo de tener problemas de salud mental que los varones.
- En este estudio se encontró que el nivel de ansiedad y depresión de los trabajadores del centro de salud Pachacamac está en 100% y 78,36% respectivamente. A nivel internacional, se relacionan los datos del estudio de Domingo Prieto, et al<sup>13</sup> donde obtuvieron que las personas que fueron sometidas a cuarentena por COVID-19, el 67% tenían síntomas depresivos clínicamente significativos y el 39 síntomas de ansiedad; estos datos se asemejan por ser enfermedades de salud mental encontrados en personas sometidas a contagio COVID-19, sin embargo en el estudio de referencia predominan los síntomas depresivos, y en este estudio predomina los síntomas de ansiedad. Por lo contrario, Le Shi, et al.<sup>15</sup>, presenta resultados menores al de nuestro estudio, la tasa de síntomas depresivos fue de 27,9% y de ansiedad 31,6%, sin embargo, el estudio fue realizado en el mes de marzo del año 2020 cuando la pandemia recién iniciaba, por lo que se toma en cuenta para la diferencia en los valores obtenidos de nuestro estudio. Por último, Ferraz G, et al.<sup>17</sup> que estudió la relación entre COVID-19 y la salud

mental, nos da resultados en población que se contagió por COVID-19, donde la depresión estuvo en el 68% de la población y ansiedad en 81,9%; datos similares a nuestro estudio predominando los síntomas de ansiedad más que los depresivos.

- En este estudio el rango de edad de 46-65 años se vio más afectado por síntomas de depresión moderada con un 44,4%, y los de 26-35 años con síntomas de ansiedad moderada con 53,3%. Por tanto los niveles moderados predominan en los trabajadores del centro de salud Pachacamac. Datos similares al estudio de Ricra M y Palomino P.<sup>7</sup> que obtuvieron datos de rango de edad donde el 37,8% de su población entre los 16-20 años tuvieron impacto moderado de COVID-19 en la salud mental.

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

### **5.1. Conclusiones**

- No se encontró asociación entre diagnóstico positivo COVID-19 y los niveles de depresión según prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson.
- No se encontró asociación entre diagnóstico positivo COVID-19 y los niveles de ansiedad según prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson.
- No se encontró asociación entre el sexo y los niveles de depresión y ansiedad según prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson.
- Según los rangos de edad de los trabajadores, la ausencia de depresión predominó más en los trabajadores entre 18-25 años. Mientras que el mayor rango de depresión estuvo en los trabajadores de 46-65 años con un 44,4% de depresión moderada.
- Según los rangos de edad de los trabajadores, todos los trabajadores tuvieron algún síntoma de ansiedad, el mayor porcentaje estuvo entre los 26-35 años con un 52,9% de ansiedad moderada.
- De la población total de trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, en tiempos de pandemia el 56,7% fueron contagiados por covid-19 mientras que el 43,3% de los trabajadores no se contagiaron.

## 5.2. Recomendaciones

- El diagnóstico positivo a COVID-19 no tiene asociación con los niveles de ansiedad y depresión, por tanto se recomienda que los conocimientos de prevención y atención inmediata se les brinde a todos los trabajadores con o sin diagnóstico previo de COVID-19, siendo importante que cada trabajador realice salud preventiva en salud mental, así se podría reducir complicaciones a corto y largo plazo.
- El sexo no tiene asociación con los niveles de ansiedad y depresión, sin embargo se evidencia que hay mayor nivel de ansiedad y depresión en el sexo femenino, por lo que se recomienda realizar charlas informativas al centro de salud en coordinación con psicología, con mayor consideración a las mujeres que trabajan en los centros de salud por tener una salud mental más vulnerable.
- El rango de edad no tiene asociación con los niveles de ansiedad y depresión, sin embargo al haber un gran número de trabajadores con síntomas de ansiedad o depresión es importante realizar charlas virtuales sobre prevención en salud mental en coordinación con el establecimiento de salud sobre cómo afrontar la pandemia COVID-19 en el área laboral y en el hogar, además de ser edades que dominan la tecnología y programas de capacitación virtual.
- El mayor porcentaje de trabajadores se contagiaron al menos una vez con la covid-19, por tanto es causa importante de afectación en la salud mental de los mismos. Por ello también es necesario conocer sobre prevención y atención inmediata de la enfermedad, de tal manera que se reduzca el riesgo de padecer posteriormente de ansiedad o depresión al no saber afrontar estas situaciones.

## Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 13. Neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. (Citado el 15 de abril del 2020). Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ Actualizacion\\_13\\_2019-nCoV\\_China.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf)
2. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus [internet]. España: OME-AEN; 2020 [citado 17 abr. 2020]. Disponible en: <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de marzo de 2013]. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
4. Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., Harrison. P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, vol. 8, 130-140
5. O'Connor, R.C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UKCOVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*.
6. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
7. Ricra M. Michael, Palomino P. Hermelinda. Covid-19 y Salud Mental en estudiantes en una facultad de Ciencias de la Salud, Huancavelica". Huancavelica, 2021.
8. Seminario-Huallpa S.R, Luna-Muñoz C, Jhony A. De La Cruz-Vargas JA. Depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima

- Metropolitana durante la pandemia por COVID-19. Rev Soc Peru Med Interna. 2021;34(4):146-153. DOI: <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i4.63>
9. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2020;37(2):327-34. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
  10. Paola Vivanco R. Ansiedad por covid-19 y Salud Mental en Estudiantes Universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote. Lima, Perú. 2020. Disponible en: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653536/Vivanco\\_VA.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653536/Vivanco_VA.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
  11. Edgar Pacheco L., Midwar Olarte. Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del Covid-19. Lima-Perú. 2020.
  12. Ricardo Urpeque G. Estado de salud mental en personal de salud frente al COVID-19 y la intervención interdisciplinaria de la población. Chiclayo, Perú. 2020. Disponible en: [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3139/1/TIB\\_UrpequeGarciaRicardo.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3139/1/TIB_UrpequeGarciaRicardo.pdf)
  13. Domingo Prieto, et al. Trastornos de salud mental en personas sometidas a cuarentena, estudio transversal durante pandemia por COVID-19 en población chilena. Santiago-Chile, 2021.
  14. Cuiyang Wang, Pan Riyu, et al. Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (covid-19) entre la población general en China. Res. Public Health 2020, 17, 1729; doi:10.3390/ijerph17051729
  15. Le Shi et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a síntomas de salud mental en la población general en China durante la pandemia por coronavirus 2019. JAMA Network Open. 2020;3(7):e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053.
  16. Zhen Zhu et al. The psychological status of people affected by the



- COVID-19 outbreak in China, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 129, 2020, Pages 1-7, ISSN 0022-3956, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.026>.
17. Jeferson Ferraz Goularte et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 132, 2021, Pages 32-37, ISSN 0022-3956, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>.
  18. Organización Mundial de la Salud. Observaciones del Director General en la reunión informativa de los medios de comunicación sobre 2019-nCoV el 11 de febrero de 2020. <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
  19. Zhou, P., Yang, XL., Wang, XG. et al. Un brote de neumonía asociado con un nuevo coronavirus de probable origen murciélago. *Naturaleza* 579, 270–273 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>
  20. Asmal M, Hellmann I, Liu W, Keele BF, Perelson AS, et al. (2011) A Signature in HIV-1 Envelope Leader Peptide Associated with Transition from Acute to Chronic Infection Impacts Envelope Processing and Infectivity. *PLoS ONE* 6(8): e23673. doi:10.1371/journal.pone.0023673
  21. Korber B, Fischer WM, et al. Seguimiento de los cambios en SARS-CoV-2 Spike: Evidencia de que D614G aumenta la infectividad del virus COVID-19. *celda*. 2020 Ago 20;182(4):812-827.e19. doi: 10.1016/j.cell.2020.06.043. Publicado el 2020 Jul 3. PMID: 32697968; PMCID: PMC7332439.
  22. Stringhini S, Wisniak A, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *Lancet*. 2020 Aug 1;396(10247):313-319. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31304-0. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32534626; PMCID: PMC7289564.
  23. Havers FP, Reed C, Lim T, et al. Seroprevalencia de Anticuerpos contra SARS-CoV-2 en 10 Sitios en los Estados Unidos, 23 de

- marzo-12 de mayo de 2020. JAMA Interna Med. 2020 Jul 21. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.4130. Epub antes de la impresión. PMID: 32692365.
24. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmisión de SARS-CoV-2: Una revisión de los factores virales, host y ambientales. *Ann Intern Med.* 2020 Sep 17:M20-5008. doi: 10.7326/M20-5008. Epub antes de la impresión. PMID: 32941052; PMCID: PMC7505025.
25. Klompas M, Baker MA, Rhee C. Transmisión Aerotransportada de SARS-CoV-2: Consideraciones Teóricas y Evidencia Disponible. *Jama.* 2020 Jul 13. doi: 10.1001/jama.2020.12458. Epub antes de la impresión. PMID: 32658248.
26. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, Yu J, Kang M, Song Y, Xia J, Guo Q, Song T, He J, Yen HL, Peiris M, Wu J. SARS-CoV-2 Carga viral en especímenes respiratorios superiores de pacientes infectados. *N Engl J Med.* 2020 Mar 19;382(12):1177-1179. doi: 10.1056/NEJMc2001737. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32074444; PMCID: PMC7121626.
27. Rothe C, Schunk M, *et al.* Transmisión de una infección de 2019-nCoV de un contacto asintomático en Alemania. *N Engl J Med.* 2020 Mar 5;382(10):970-971. doi: 10.1056/NEJMc2001468. Epub 2020 Ene 30. PMID: 32003551; PMCID: PMC7120970.
28. Arons MM, Hatfield KM, *et al.*; Public Health–Seattle and King County and CDC COVID-19 Investigation Team. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med.* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi: 10.1056/NEJMoa2008457. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32329971; PMCID: PMC7200056.
29. Organización Mundial de la Salud. Año 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
30. Organización Panamericana de Salud. Lanzamiento de la Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y Covid-19. Año 2022.

<https://www.paho.org/es/eventos/lanzamiento-comision-alto-nivel-salud-mental-covid-19>

31. Botero F, Rodríguez Espinosa G. COVID-19: ¿Una lupa de las inequidades en salud?. Rev Javer. 2020;61(3):112-5.
32. Ribot V, Chang N, González A. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. Rev Haban Cienc Méd[Internet]. 2020[citado 27/4/2021];19(1):[aprox. 10 p. ].  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3307.pdf>
33. Mora E. Los duelos del Covid-19. Rev Teol Pract Lat[Internet]. 2021[citado 29/4/2021];1(1):61-80. Disponible en: <http://revistas.ubl.ac.cr/index.php/tpl/article/view/164/563>
34. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington, VA 2013.
35. Lieb R, Becker E, Altamura C. La epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada en Europa. Eur Neuropsicofarmacéutico. 2005 Aug;15(4):445-52. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.010. PMID: 15951160.
36. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 May;51(5):355-64. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950050015002. PMID: 8179459.
37. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, *et al.* El tamaño y la carga de los trastornos mentales y otros trastornos del cerebro en Europa 2010. Eur Neuropsicofarmacéutico. 2011 Sep;21(9):655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018. PMID: 21896369.
38. Kendler KS. Depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada. Los mismos genes, (parcialmente) ambientes diferentes, revisitados. H. J Psiquiatría Suppl. 1996 Jun;(30):68-75. PMID: 8864151.
39. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Actualizado al 30 de enero de 2020.
40. Ministerio de Saud; Enterarse. ¿Qué es la depresión y qué efectos genera este trastorno? Boletín Epidemiológico del Perú 2018. Actualizado al 24

Nov 2019.

41. Servicio Murciano de Salud. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Región de Murcia, Consejería de Sanidad. 2010.
42. World Health Organization. European Centre for Environment and Health and Centre for Health Policy. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Gothenberg consensus paper. Brussels: World Health Organization; 1999.
43. Lock K. Health Impact Assessment. *BMJ*. 2000;320:1395-8.
44. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920.
45. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1055–57

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**AUTOR:** Mendoza Espichán, Víctor Manuel

**ASESOR:** Dr. Francisco Antonio Vallenas Pedemonte

**TEMA:** Impacto en la Salud Mental por covid-19 en trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre 2022, distrito de Pachacamac.

VARIABLE 1: DIAGNÓSTICO POSITIVO A COVID-19			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Casos COVID-19	Caso Confirmado Caso Descartado	Nominal	Ficha de recolección de datos: Cuestionario
VARIABLE 2: SALUD MENTAL			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Depresión	<b>Nivel de depresión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de depresión</li> <li>Depresión Leve</li> <li>Depresión Moderada</li> <li>Depresión Severa</li> </ul>	Ordinal	Cuestionario (Escala de Depresión de Zung – ZDS) Puntaje de escala: 25-49: Ausencia de depresión 50-59: Depresión leve 60-69: Depresión moderada >70: Depresión severa
Ansiedad	<b>Nivel de ansiedad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de ansiedad</li> <li>Ansiedad Leve</li> <li>Ansiedad Moderada</li> <li>Ansiedad Severa</li> </ul>	Ordinal	Cuestionario (Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada – GAD-7) Puntaje de escala: 0-4 puntos: No se aprecia ansiedad 5-9 puntos: Ansiedad leve 10-14 puntos: Ansiedad moderada 15-21: Ansiedad severa



**Dr. Francisco A. Vallenas Pedemonte**  
**ASESOR**



**Mg. Elsi Noemi Bazán Rodríguez**  
**ESTADISTICO**

## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado trabajador, solicito de su autorización para participar de este estudio. Antes de decidir, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo este estudio, por lo que le solicito lea los siguientes aspectos:

### **¿Quiénes es el responsable de esta investigación?**

La presente investigación está elaborada con recursos propios, tiene como investigador a Víctor Manuel Mendoza Espichán, bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.

### **¿Por qué se me invita a participar en el estudio?**

Se le invita a participar del presente estudio para conocer el impacto que tuvo la covid-19 en la salud mental de los trabajadores que laboraron en el centro de salud. Por lo que esperamos pueda participar en la siguiente encuesta con el fin de apoyar en las próximas investigaciones que conlleva la pandemia.

### **¿Por qué se lleva a cabo este estudio?**

El objetivo del estudio es conocer los niveles de impacto en la salud mental por covid-19 en los trabajadores del Centro de Salud "Pachacamac". Los resultados apoyarán en la prevención y promoción de la salud mental, ya que se tendrá un enfoque más centralizado a las consecuencias que se tuvieron durante la pandemia. Además apoyarán en establecer protocolos de atención enfocándose en las enfermedades de salud mental que fueron más frecuentes, entre ellas la depresión y la ansiedad.

### **¿En qué consiste el estudio?**

Se tomarán los datos mediante una encuesta que incluirá información de sus datos generales, además de preguntas que evaluarán la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

### **Riesgos**

El presente estudio no posee riesgos en la salud física o mental del participante.

## **Beneficios**

Los resultados de las encuestas serán enviados a cada participante a fin de informar la presencia de síntomas depresivos o ansiedad que se obtuvo para que de esta manera pueda estar informada y precavida. Además se brindará números de contacto para que cada participante pueda comunicarse con el autor de la investigación para cualquier duda sobre el tema a investigar.

## **Confidencialidad**

Toda la información obtenida en el estudio se manejará de forma confidencial, solamente el investigador principal conocerá los resultados y la información personal que fueron recibidas, el resultado final de la investigación si se podrá brindar a los participantes que deseen conocer sobre lo concluido. Se le asignará un número telefónico a cada uno de los participantes, el cual se utilizará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, entre otros.

## **Costos e incentivos**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para el participante. Igualmente, no recibirá ninguna recompensa económica ni de otro tipo.

## **Derechos de los participantes en la investigación**

Al autorizar su participación en este estudio, usted no renunciará a ninguno de los derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la investigación; puede contactarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPSJB que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación. Allí puede contactarse con el Mg. Antonio Flores, presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 2142500 anexo 147 o al correo [ciei@upsjb.edu.pe](mailto:ciei@upsjb.edu.pe).

Su participación en este estudio es voluntaria, pudiendo no aceptar o retirarse del estudio si usted considera por alguna razón no desee participar en la misma, asimismo dicha participación en el estudio podría ser determinada por el investigador en cuanto considere que por alguna razón su información no



sea pertinente. Con relación al consentimiento informado, afirmo que lo he leído, por lo que presto libre y voluntariamente mi conformidad para la participación, entendiendo de que puedo no hacerlo si lo deseo sin dar explicaciones.

¿Acepta participar LIBREMENTE en esta evaluación? \*

Si presto mi consentimiento para el estudio.

No presto mi consentimiento para el estudio

Contacto del investigador principal: Víctor Manuel Mendoza Espichán; celular: +51 981542429, correo: [victorm.mendoza@upsjb.edu.pe](mailto:victorm.mendoza@upsjb.edu.pe)

### ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Título: Impacto en la salud mental por covid-19 en trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac**

(Los datos brindados son de total confidencialidad, de fines académicos y profesionales, por tanto, no se divulgará ni tendrá otro fin que no sea para el estudio a realizar).

Marque con un aspa (X) la respuesta que crea conveniente:

#### I. Datos Generales

**Género:** Masculino  Femenino

**Edad:** 18 – 25  26 – 35  36 – 45  46 – 65  >65

**Tipo de personal:**

Médico

Personal administrativo

No médico

Personal de servicio

#### II. ¿Has enfermado por COVID-19?:

(SI)

(NO)

-(Válido con cualquier tipo de prueba covid-19).

#### III. ¿Has sido diagnosticado por depresión o ansiedad antes del inicio de la pandemia covid-19 y por un profesional de salud?:

(SI)

(NO)

Si la respuesta anterior es “SI”, la evaluación queda totalmente inválida por poseer un criterio de exclusión para nuestro estudio. Se agradece su participación y hacer de conocimiento al investigador.

#### IV. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7)

	Pregunta	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1	Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta				
2	No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones				
3	Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas				
4	Dificultad para relajarse				

5	Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto				
6	Sentirse fácilmente disgustado o irritable				
7	Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar				

**V. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (EDZ)**

	Pregunta	Poco tiempo	Algo de tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
8	Me siento decaído y triste				
9	Por las mañanas es cuando me siento mejor				
10	Siento ganas de llorar o irrumo en llanto				
11	Tengo problemas para dormir por la noche				
12	Como la misma cantidad de siempre				
13	Todavía disfruto del sexo				
14	He notado que estoy perdiendo peso				
15	Tengo problemas de estreñimiento				
16	Mi corazón late más rápido de lo normal				
17	Me canso sin razón alguna				
18	Mi mente está tan clara como siempre				
19	Me es fácil hacer lo que siempre hacía				
20	Me siento agitado y no puedo estar quieto				
21	Siento esperanza en el futuro				
22	Estoy más irritable de lo normal				
23	Me es fácil tomar decisiones				
24	Siento que soy útil y me necesitan				
25	Mi vida es bastante plena				
26	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
27	Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

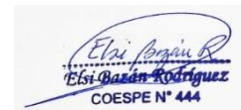
## ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?</p> <p><b>Específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?</li> <li>¿El diagnóstico positivo por COVID-19 está relacionado a los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?</li> <li>¿El género y el rango de edad están relacionados con los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, durante el mes de setiembre, distrito de Pachacamac?</li> </ul>	<p><b>General:</b></p> <p>Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y la salud mental en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.</p> <p><b>Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de depresión en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.</li> <li>- Determinar la relación entre el diagnóstico positivo a COVID-19 y los niveles de ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.</li> <li>- Determinar la relación entre el género y rango de edad con los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac” durante el mes de setiembre del 2022, distrito de Pachacamac.</li> </ul>	<p><b>Variable:</b></p> <p>Variable 1: Salud Mental</p> <p>Variable 2: Diagnóstico positivo a COVID-19</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> </ul> <p>COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso confirmado</li> <li>• Caso no confirmado</li> </ul>

Diseño Metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos
<p><b>Nivel de Investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Tipo de Investigación:</b> Observacional, transversal.</p>	<p><b>Población:</b> 97 trabajadores del Centro de Salud “Pachacamac”, del distrito de Pachacamac.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra está conformada por los 97 trabajadores del centro de salud “Pachacamac”</p>	<p><b>Técnica de Recolección de datos:</b> Ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario</p>



Dr. Francisco A. Vallenas Pedemonte  
ASESOR



Mg. Elsi Noemi Bazán Rodríguez  
ESTADISTICO

## ANEXO 5: PERMISO DEL CENTRO DE SALUD “PACHACAMAC”



PERU

Ministerio  
de Salud

Dirección de Redes Integradas  
de Salud Lima Sur

Centro de Salud  
Pachacamac

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

### **MEMO N°064-2022 MJ-CSP-RIS PACHACAMAC-DIRISLS**

**A** : **VICTOR MANUEL MENDOZA ESPICHAN**  
**J** : *Interno de Medicina Humana del CS Pachacamac*

**Asunto** : **SOBRE TRABAJO DE INVESTIGACION EN EL CS PACHACAMAC**

**Fecha** : *Pachacamac, 16 de Febrero del año 2021*

*Sirva la presente para saludarla cordialmente y a la vez en atención al documento remitido a mi despacho por su persona, DAR RESPUESTA FAVORABLE a su solicitud de trabajo de investigación (tesis) "IMPACTO EN LA SALUD MENTAL POR PANDEMIA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC", el cual se realizara en el establecimiento de salud a mi cargo.*

*Sin otro particular me despido de usted no sin antes reiterarle muestras de mi consideración y estima.*

Atentamente,

**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD  
LIMA SUR - C.S. PACHACAMAC

-----  
**IVAN ANGELES REQUE**  
MEDICO JEFE CMP 06500

WAR/mrch  
C:archivo