

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA



Ansiedad y depresión de médicos en hospitalización en el contexto del
COVID-19, Hospital III EsSalud Chimbote, 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Gastulo Díaz, Leslie Nayarit

Asesor

Calderón Chávez, Juan Carlos Tarsis
(Código ORCID: 0000-0001-7297-1621)

Nuevo Chimbote – Perú

2022

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	i
PALABRA CLAVE.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	18
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
POBLACIÓN - MUESTRA Y MUESTREO.....	18
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	19
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	20
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Frecuencia de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.	25
Tabla 2	Frecuencia de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.	26
Tabla 3	Comparación de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.	27
Tabla 4	Comparación de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.	27

1 Palabra clave

Tema	Ansiedad y depresión
Especialidad	Psiquiatría

Keywords

Subject	Anxiety and depression
Speciality	Psychiatry

Línea de investigación

Línea de investigación	Salud mental
Área	Ciencias médicas y de salud
Subarea	Medicina clínica
Disciplina	Psiquiatría

2 Título

Ansiedad y depresión de médicos en hospitalización en el contexto del COVID-19,
Hospital III EsSalud Chimbote, 2021

3 Resumen

El presente trabajo de investigación “Ansiedad y depresión de médicos en hospitalización en el contexto del COVID-19, Hospital III EsSalud Chimbote, 2021” con el objetivo de establecer la comparación entre laborar en el área de hospitalización COVID-19, la ansiedad y depresión en los médicos del hospital III Chimbote durante año 2021, se realizó esta investigación tipo básica y con un diseño descriptivo comparativo, prospectivo, corte transversal y enfoque cuantitativo. De los 32 médicos del área de hospitalización COVID-19 (20) y del área de medicina no COVID-19 (12) se encontró que: en cuanto a la frecuencia de médicos con ansiedad en el hospital III Chimbote, el 40,6% sufrió algún grado de ansiedad. En el área COVID-19 el 55% sufrió ansiedad, en el área no COVID-19 el 16,7% sufrió ansiedad, en el área COVID-19 presentaron casos de ansiedad leve del 40% y los que tuvieron ansiedad moderada del 15%. En el área no COVID-19 el 16,7% presento ansiedad leve. En cuanto a la frecuencia de médicos con depresión en el hospital III Chimbote, el 56.3% no sufrió depresión, y el 43,8% sufrió depresión. En el área COVID-19 el 60% sufrió depresión y en el área no COVID-19 el 16.7% sufrió depresión, en el área COVI-19 los casos de depresión leve representaron el 50% y los que tuvieron depresión moderada el 10%. En el área no COVID-19 el 16.7% presento casos de depresión leve. En la Prueba U de Mann-Whitney para la variable ansiedad, existieron diferencias significativas. En la Prueba U de Mann-Whitney para la variable depresión, existieron diferencias significativas. Por lo cual se concluyó que la frecuencia más prevalente de ansiedad de los médicos se encontró en el área COVID-19. La frecuencia más prevalente de depresión de los médicos se encontró en el área COVID-19 y mediante la prueba no paramétrica para la comparación de dos medias U de Mann-Whitney para ambas variables, existió una alta diferencia entre las dos áreas de hospitalización.

4 Abstract

The present research work "Anxiety and depression of doctors in hospitalization in the context of COVID-19, Hospital III EsSalud Chimbote, 2021" with the objective of establishing the comparison between working in the area of hospitalization COVID-19, anxiety and depression In the doctors of the III Chimbote hospital during the year 2021, this basic type research was carried out with a descriptive, comparative, prospective, cross-sectional design and a quantitative approach. Of the 32 doctors in the COVID-19 hospitalization area (20) and in the non-COVID-19 medicine area (12), it was found that: Regarding the frequency of doctors with anxiety in the III Chimbote hospital, 40.6% suffered from some degree of anxiety. In the COVID-19 area, 55% suffered anxiety, in the non-COVID-19 area 16.7% suffered anxiety, in the COVID-19 area 40% presented cases of mild anxiety and 15% of those with moderate anxiety. . In the non-COVID-19 area, 16.7% presented mild anxiety. Regarding the frequency of doctors with depression in the III Chimbote hospital, 56.3% did not suffer from depression, and 43.8% suffered from depression. In the COVID-19 area, 60% suffered from depression and in the non-COVID-19 area, 16.7% suffered from depression. In the COVI-19 area, cases of mild depression represented 50% and those with moderate depression represented 10%. In the non-COVID-19 area, 16.7% presented cases of mild depression. In the Mann-Whitney U Test for the anxiety variable, there were significant differences. In the Mann-Whitney U test for the depression variable, there were significant differences. Therefore, it was concluded that the most prevalent frequency of physician anxiety was found in the COVID-19 area. The most prevalent frequency of physician depression was found in the COVID-19 area and by means of the non-parametric test for the comparison of two Mann-Whitney U means for both variables, there was a high difference between the two hospitalization areas.

5 Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

Lara, Cruz, y Soriano (2013) en su estudio “Ansiedad y Depresión en Clínicos Especialistas en Medicina Familiar”. Tuvo como objetivo determinar la presencia de ansiedad y/o depresión en residentes de medicina familiar, y su metodología fue un estudio descriptivo, observacional y descriptivo transversal, prospectivo, realizado en medicina familiar por la unidad familiar de fármaco (de Puebla, México). La muestra no fue aleatoria. La ansiedad se evaluó mediante el test de Hamilton y la depresión mediante el test de Beck. El análisis se efectuó a través de estadística descriptiva, el tamaño de la muestra fue 56 residentes de medicina familiar. Relacionado a la ansiedad, se observaron 41.1% casos, siendo la ansiedad leve más recurrente con 39.1% en residentes de primer año. En relación a la depresión, se identificaron 19.7% de depresión leve, encontrándose más en residentes de segundo año con 45.4%, y en el estado civil 45.5%, los estudiosos concluyeron que fueron más los doctores residentes de medicina familiar que no presentaron ningún nivel de ansiedad y/o depresión; los residentes que presentaron cualquier tipo de trastorno como la ansiedad y la depresión leve, fueron los más comunes.

Liselotte et al. (2013), en su trabajo de investigación titulado “El acto de malabarismo entre las responsabilidades laborales y domésticas causa problemas a los médicos estadounidenses”. Tuvo como objetivo conocer cómo afecta sus responsabilidades laborales y domésticas a los médicos estadounidenses, su metodología fue un estudio descriptivo de corte transversal, el tamaño de la muestra que realizaron es 89,831 médicos, los resultados que obtuvieron fueron que los médicos que había experimentado conflictos entre el trabajo y el hogar reciente tenían más probabilidades de tener síntomas de agotamiento y depresión (47,1% vs 26,6% para los médicos con y sin agotamiento y depresión), los investigadores concluyeron que el agotamiento y depresión son comúnmente experimentados por

los médicos y este conflicto puede contribuir en gran medida a la angustia personal de ellos.

Morales et al. (2017), en su trabajo de investigación titulado “Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California”. Tuvo como fin entender la frecuencia de aspectos de depresión en doctores internos de pregrado del IMSS (IMSS) en Mexicali, Baja California, su metodología ha sido un análisis detallado y transversal, el tamaño de la muestra ha sido 70 doctores internos de pregrado, Los resultados correspondieron 54.3% al género femenino, la edad promedio ha sido de 24.3 ± 1.9 , con un mínimo de 22, un mayor de 36 años. La depresión mínima apareció en 18,6%, depresión moderada en 10% y 0% en depresión severa. La frecuencia de las propiedades de depresión ha sido de 28,6%, los estudiosos concluyeron que la frecuencia de las propiedades de depresión en el MIPS ha sido de 28,6%, prevaleciendo una depresión mínima.

Wible (2017) en su trabajo de investigación titulado “Médicos y depresión: sufriendo en silencio”. Tuvo como objetivo conocer como los médicos hacen frente a la depresión y si buscan tratamiento o, por el contrario, evitan a los médicos, su metodología fue un estudio descriptivo de corte transversal, el tamaño de la muestra que realizaron es de 200 médicos, los resultados que obtuvieron fueron 33% escogieron ayuda profesional, 27% autocuidado, 14% conductas autodestructivas, 10% nada, 6% cambiaron de trabajo, 5% se auto prescribieron medicación, 4% otros, 1% orar, la investigadora concluyo que el 43,2% de los médicos tienen depresión o síntomas depresivos esto se debe a una serie de factores que merman el estado de ánimo de este colectivo de trabajadores.

Torres, Villaseñor y Sánchez (2018) en su trabajo de investigación titulado “Relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios del hospital general de zona más unidad de Medicina Familiar”. Tuvo como objetivo establecer si existe coherencia entre la flexibilidad familiar y la existencia

de depresión en doctores becarios del Nosocomio Gral. de Región y Medicina Familiar. México, su metodología ha sido un análisis observacional, transversal y detallado, el tamaño de la muestra que han realizado se dirigió a 86 doctores becarios con firma de consentimiento comunicado, 44 internos de pregrado y 42 residentes de Medicina Familiar, los resultados que se obtuvieron fueron según los servicios con los que cuenta el núcleo familiar y por el desarrollo de la misma existe un predominio de las modernas sobre los clásicos (53,5 % y 46,5 %, respectivamente). Se localizó importancia estadística entre depresión y tipo de familia según su desarrollo; las interrelaciones de presencia de depresión con las otras cambiantes no fueron estadísticamente significativas, los estudiosos concluyeron que se localizó en el presente análisis que ha incrementado la proporción de féminas en los cursos de Medicina, con familias urbanas y con cambio hacia familias modernas. Hay una posible interacción entre la depresión, la flexibilidad y tipología familiar según su desarrollo, por lo cual puede decirse que en este análisis se localizó que en el núcleo familiar caótica actualizada se tiene más grande posibilidad de desarrollar depresión.

Jizheng (2020) en su trabajo de investigación titulado “Estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha ante la infección del COVID-19”. Tuvo como objetivo comprender el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha ante la infección del COVID-19 y facilitar una base teórica para la intercesión psicológica, su metodología fue un estudio descriptivo transversal en China desde el 7 – 14 de febrero de 2020, el tamaño de la muestra fue de 246 participantes. La tasa de ansiedad del personal de salud ha sido del 23.04% y la puntuación de ansiedad ha sido de 42.91 ± 10.89 aspectos. Dentro del cual, la ansiedad severa, moderada y leve fueron de 2.17%, 4.78% y 16.09% respectivamente. La tasa de ansiedad femenil ha sido preeminente que la de los hombres 25.67% en paralelo con el 11.63%, y las puntuaciones de ansiedad femenil fueron más altas que las de los hombres. La tasa de trastorno de estrés en el personal de salud ha sido del 27,39% y la puntuación del trastorno de estrés ha sido de $42,92 \pm 17,88$ aspectos. El puntaje de estrés del personal de salud femenil ha sido más grande que el de los hombres, el investigador concluyó que el personal de salud muestra una

consecuencia de ansiedad y estrés. Se debería promover grupos de participación psicológica para brindar datos sobre el control de la ansiedad y el estrés en el personal de salud.

Qiu (2020) tuvo como fin conocer la malestar psicológico en China , su metodología ha sido un análisis detallado de corte transversal , usaron un análisis nacional a enorme escala sobre la malestar psicológica a lo largo de la epidemia coronavirus, para esto aplicaron un cuestionario de autoinforme online del 31 de enero al 10 de febrero de 2020,el cuestionario incorporó criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés conforme el CIE-11, datos sociodemográficos y el índice coronavirus de malestar peri-traumática (CPDI) relacionadas con la frecuencia de ansiedad, depresión. El CPDI tuvo un puntaje de 0-100 puntos de vista, con un puntaje de 28-51 para malestar leve a moderada y un puntaje ≥ 52 para malestar severa, la magnitud de la muestra desarrollada ha sido de 52,730 competidores donde 18,599 eran hombres y 34 131 féminas, los resultados que obtuvieron estaban en la media (DE) de la CPDI ha sido de 23,65 (15,45). El 35% experimentó malestar psicológico, el 29.29% con malestar leve a moderada y el 5.14% con malestar severa.

Wang (2020) tuvo como fin conocer el impacto psicológico inicial en China durante el brote del COVID-19, erigir la prevalencia de síntomas psiquiátricos, determinar factores de riesgo y protectores en relación al estrés psicológico, metodología empleada fue un estudio descriptivo de corte transversal. Muestra 1210 participantes. Los resultados logrados fueron 53.8% de efecto psicológico moderado a severo, 16.5% de indicios depresivos moderados a severos, 28.8% indicios de ansiedad moderada a severa y 8.1% niveles de estrés moderado a severo, el investigador concluyó que los componentes asociados con un elevado efecto psicológico y elevados niveles de estrés, indicios de ansiedad y depresión eran en damas, siendo doctoras, experimentan indicios físicos específicos (mialgia, mareos, coriza) y una mala iniciativa de su salud. Los componentes asociados con bajo impacto psicológico y bajos niveles de estrés, indicios de ansiedad y depresión eran la información de salud presente y conocimiento de medidas prevención.

Zhang et al. (2020) tuvo como fin averiguar la tasa de prevalencia del insomnio y confirmar los componentes psicológicos sociales involucrados entre el personal de salud en los nosocomios a lo largo del brote de coronavirus, su metodología ha sido un estudio de regresión logística para averiguar la interacción entre los componentes sociodemográficos e indicios de insomnio, el tamaño de la muestra que han realizado ha sido 1563 competidores en el análisis, los resultados que obtuvieron fueron quinientos sesenta y 4 (36,1%) competidores tenían indicios de insomnio conforme el Índice de gravedad del insomnio (ISI) (puntaje total ≥ 8). Un modelo de regresión logística binaria múltiple reveló que los indicios de insomnio se asociaron con un grado educativo del colegio secundaria o inferior, ser doctor, en la actualidad haciendo un trabajo en una unidad de retiro, está preocupado por estar infectado, falta de ayuda percibida en términos de apoyo psicológico de noticias o redes sociales con en relación a coronavirus, y con una incertidumbre respecto al control efectivo de la patología, los estudiosos concluyeron que bastante más de un tercio del personal de salud padeció indicios de insomnio a lo largo del brote de coronavirus.

Sabemos que el virus COVID-19 está afectando de manera general a la población y que el sector médico está exponiéndose como primera línea en toda esta pandemia, no solo físicamente sino en su salud mental, probablemente dentro de ello la depresión y ansiedad como factores influyentes que no sabemos cómo los profesionales lo están afrontando.

Por ejemplo, en el país de China se ha comprobado que más de 1/3 del personal médico que respondió a la pandemia del COVID-19 sufría de ansiedad y depresión; más del 50% correspondían a síntomas depresivos, y un 45% a síntomas de ansiedad (Zhang, 2020).

Otro estudio del mismo país revela que desde el 29 de enero - 3 de febrero de este año más del 70% sus trabajadores reportaron síntomas de angustia psicológica (Lai, 2020) y otro estudio que fue realizado del 7 al 14 de febrero reveló que la tasa

de ansiedad – depresión fue de un 23,04% (Vargas, 2020). Hasta el momento buscan la forma adecuada de capacitar a su personal para su bienestar psicológico.

En Latinoamérica, varios países alertaron también que sus médicos podrían desarrollar síntomas de depresión, ansiedad probablemente a varios mecanismos como el estar aislados por su familia o miedo de contagiar o el incremento de la demanda laboral pero aún no hay estudios con el reportaje de casos, porcentaje o incidencia (Lara, Cruz, y Soriano, 2013).

En el Perú aún no hay un porcentaje de estudio que afirme o desmienta la relación que hay entre ansiedad – depresión por COVID-19, revelan que hay déficit de personal médico o crisis en ellos, ya sea por las comorbilidades que puedan presentar o por los síntomas de ansiedad- depresión que quizá no se está tomando en cuenta ; esperemos poder realizar este proyecto para conocer lo que está pasando en su bienestar psicológico de nuestros médicos y , siendo tal vez uno de los primeros trabajos y así poder dar a conocer a la población y colegas.

Ansiedad, es un sentimiento consubstancial al ser humano. No hay persona que no lo haya sentido. Ocurre en diferentes momentos de la vida, como cuando tiene problemas de trabajo, la toma de un examen o decisiones. Podemos llamar a esta ansiedad, ocasional y asociada con la vida misma, normal. La ansiedad se convierte en un trastorno cuando va más allá de una preocupación o miedo eventual (Villalobos-Pérez-Cortes, 2013).

La ansiedad es aquella preocupación excesiva, frecuente y permanente por diferentes eventos o actividades en la mayoría de los días y tiene una duración mínima de 6 meses. A veces, este trastorno se da en familias, pero nadie sabe con certeza por qué algunas personas lo padecen y otras no (Garay, 2019).

Tiene una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además,

es una enfermedad que tiene la mayor prevalencia en personas entre 40-50 años y, en menor medida, en la población mayor de 60 años. Las mujeres se ven 2 veces más afectadas por esta enfermedad que los hombres (Comité del Boletín de Información Clínica Terapéutica, 2013).

Los pacientes con frecuencia informan quejas cognitivas y una falta de confianza con respecto a su rendimiento cognitivo, lo que a menudo interfiere con su funcionalidad a nivel ocupacional. Sus principales manifestaciones clínicas son un estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación. Uno de los posibles síntomas asociados es la dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco (Langarita-Llorente, 2019).

Como con cualquier condición de salud psicológica, los individuos con ansiedad poseen indicios diferentes. Los individuos tienen la posibilidad de experimentar uno o bastante más de los próximos indicios: indicios emocionales como miedo o malestar, tensión y nerviosismo, preocupación o irritabilidad, aguardar lo peor y estar alerta frente a cualquier símbolo de riesgo; además se hallan los indicios físicos como: latidos cardiacos fuertes o palpitaciones y complejidad para respirar, malestar estomacal, sudoración, temblores y espasmos musculares, dolor de cabeza, fatiga e insomnio, malestar estomacal, necesidad recurrente de orinar o diarrea (Alianza Nacional de Enfermedades Mentales, 2017).

Este trastorno muestra diferentes grados referentes a sus efectos, como: ansiedad leve, que es aquella relacionada con tensiones de la vida cotidiana, por lo que el individuo está alerta y su campo de percepción se incrementa lo que puede propiciar el aprendizaje e idioma. Ansiedad moderada, es aquella en donde la persona únicamente se enfoca en preocupaciones inmediatas por lo que reduce su campo de percepción, empero puede reconducirse en ello. Ansiedad Grave, es aquella donde existe una reducción significativa del campo de percepción, el individuo ya se concentra en detalles específicos generando que no logre pensar en nada más. (American Psychiatric Association, 2013).

Entre el 75 y el 90% de los pacientes con ansiedad también presentan otro trastorno mental. Principalmente se asocia con el trastorno depresivo mayor (40% a 74%) posteriormente con trastorno de conducta disruptiva y trastornos relacionados con sustancias (Garay, 2019).

La depresión se manifiesta como un conjunto de síntomas predominantemente emocionales (tristeza patológica, apatía, desesperanza, irritabilidad, sentimientos personales de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida). Pero en mayor o menor grado, estos síntomas también están presentes cognitivamente y físicamente. Es una influencia universal en lo mental y físico, con un enfoque especial en la esfera emocional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en todo el mundo, de las cuales menos del 25% tiene acceso a un tratamiento eficaz, y advierte que una de cada cinco personas tendrá un cuadro de depresión a lo largo de su vida, lo que aumenta este número. Si surgen otros factores como comorbilidades o situaciones estresantes. Debido a su inicio temprano, impacto funcional y tendencia a episodios crónicos y recurrentes, la depresión es hoy una de las principales causas de discapacidad y representa el 4,3% de la carga mundial de enfermedad. La depresión puede comenzar a cualquier edad, aunque es más común entre los 15 y los 45 años, por lo que tiene un impacto importante en la educación, la productividad, el rendimiento y las relaciones personales. Los síntomas del trastorno pueden variar con la edad: los adultos jóvenes muestran principalmente síntomas conductuales, mientras que los adultos mayores suelen mostrar síntomas físicos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de depresión en el adulto, 2015).

Los tipos más comunes de depresión son: Depresión mayor (o grave), cuando tiene síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas e interfiere con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de su vida. Es posible que una persona tenga solo un episodio depresivo mayor en su vida, pero es común tener múltiples episodios. Trastorno depresivo persistente (arritmia), cuando ha tenido síntomas depresivos que han durado al menos dos años.

Una persona diagnosticada con este tipo de depresión puede experimentar episodios de depresión mayor, así como períodos de síntomas menos severos. La tristeza es sólo una pequeña parte de la depresión. Algunas personas con depresión pueden no sentirse tristes. Las personas pueden experimentar diferentes síntomas. Algunos síntomas de la depresión incluyen: dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, dificultad para dormir, despertar temprano en la mañana o sueño prolongado, cambios en el apetito o el peso, pensamientos de muerte o suicidio, inquietud o irritabilidad, dolores de cabeza y calambres, o problemas digestivos, que no tienen una causa física aparente o que no mejoran de inmediato, incluso durante el tratamiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Las mujeres sufren de depresión más que los hombres. Hay factores biológicos, ciclos de vida y hormonas solo en las mujeres que pueden estar relacionados con sus tasas más altas de depresión. Las mujeres deprimidas a menudo experimentan síntomas de tristeza, baja autoestima y sentimientos de culpa. Los hombres deprimidos a menudo se sienten muy cansados, irritables y, a veces, enojados. Pueden perder interés en el trabajo o las actividades que antes disfrutaban, tener problemas para dormir o actuar de manera irresponsable, como consumir drogas o alcohol. Muchos hombres no se dan cuenta de que están deprimidos y no buscan ayuda. Los adultos mayores con depresión pueden tener síntomas menos obvios o ser menos receptivos a sentirse tristes o heridos. También es más probable que tengan condiciones médicas, como problemas cardíacos, que pueden contribuir a la depresión (INSM, 2016).

La depresión es uno de los factores más asociados con la conducta suicida. Se ha informado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en personas con depresión que en la población general (Grupo de Trabajo de Pautas de Práctica Clínica para el Manejo de la Depresión en Adultos, 2015).

COVID-19, en las últimas décadas, el mundo ha enfrentado una serie de amenazas planteadas por epidemias virales emergentes de diversos tipos, que solo cuando se estudian en detalle muestran la capacidad de comprender el impacto de sus verdaderos efectos, no solo de forma inmediata sino también en el largo plazo. un período. Recientemente, el 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, República Popular China, publicó un informe sobre 27 casos de neumonía viral humana, que se espera se denomine Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV) y unas semanas después, enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2 (Accinelli, 2020).

COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, actualmente es una pandemia que afecta a varios países del mundo (Salud, 2019).

El período de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días y pertenece al género Betacoronavirus, subfamilia Orthocoronavirinae y familia Coronaviridae. (Accinelli, 2020). Los coronavirus son virus de ARN positivos de cadena sencilla que son esféricos y tienen proteínas similares a la velocidad que se extienden desde su superficie, de ahí su nombre como corona solar.

Cualquiera puede contagiarse de COVID-19 al entrar en contacto con alguien que tiene el virus, porque se transmite de persona a persona a través de gotitas emitidas por la nariz o la boca de una persona infectada cuando tose, estornuda o habla. Por eso es importante mantenerse a un metro de distancia de los demás. Estas gotitas pueden caer sobre objetos, mesas o pasamanos, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan estas superficies y

luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. Para ellos es necesario lavarse las manos regularmente con agua, jabón o alcohol (Salud, 2019).

Los síntomas más comunes de COVID-19 son fiebre, tos seca y fatiga. Otros síntomas secundarios que afectan a algunos pacientes son dolores corporales, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o del olfato y sarpullido. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan lentamente (Salud, 2019).

Para el diagnóstico contamos con la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) como método diagnóstico para el SARS-CoV-2, con una sensibilidad de alrededor del 70%. El primer día de la infección, un frotis de la cavidad oral es el más sensible, pero el quinto día el frotis es el más útil, mostrando diferentes dinámicas de presencia del virus en el cuerpo. Se tomaron muestras de rutina de nasofaringe con un 63% y de orofaringe con una eficiencia de 32% pero de esputo 72% y de sangre 1% (Accinelli, 2020).

La detección de anticuerpos IgM e IgG es nula o mínima durante los primeros días. Con el paso de los días sigue una curva ascendente correspondiente a una reducción de la carga viral, por lo que la prueba de inmunoglobulinas es útil cuando la RT-PCR es negativa, y esta es la base de las pruebas serológicas rápidas para la detección de IgM e IgG. Los anticuerpos no se pueden probar cuando la enfermedad está en la etapa aguda. Este ensayo puede mejorar el rastreo de contactos y la vigilancia serológica local, regional, administrativa y nacional; Y con la identificación de quién ha contraído el virus y si ha desarrollado un sistema inmunológico protector. La sensibilidad de las pruebas rápidas utilizando la línea lateral inmunohistoquímica IgM e IgG fue del 57% y 81%, respectivamente. Cuando se mezclan inmunoglobulinas, la sensibilidad es de hasta un 82% (Accinelli, 2020).

A día de hoy se han detectado 6.321.836 casos en todo el mundo; 375.657 murieron; Se curaron 2881.224 pacientes y 3.064.955 casos activos con una tasa de mortalidad del 5,94%. En el Perú a la fecha hay un estimado de 164.476 de casos confirmados (Peruano, 2020).

La ansiedad, la depresión y el COVID-19, debido al coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), con el que estamos soportando una epidemia desde el 2020 hasta la actualidad, no solo ha afectado nuestras vidas, sino que también nos ha cambiado la vida. Nuestros comportamientos, como la cognición y el medio ambiente. Los médicos tienden a tener un mayor riesgo de resultados negativos de salud mental durante la pandemia de COVID-19. De hecho, son trabajadores sanitarios de primera línea, que se enfrentan a largas horas y/o cargas de trabajo, decisiones de vida o muerte, riesgo de lesiones, falta de equipo de protección, agotamiento físico y, como consecuencia, estar fuera de casa.

La mayoría de los síntomas incluyen pensamientos recurrentes e intrusivos sobre eventos que ocurrieron durante el cuidado del paciente, dificultad para dormir, memoria y concentración, aumento del estado de alerta y agitación, ira, pérdida de motivación, cambios de humor, tristeza, falta de esperanza, dolor de cabeza, irritabilidad y evitación. Comportamiento hacia las actividades y lugares de trabajo, uso de alcohol o drogas, parálisis, aislamiento y desapego psicológico.

Los trabajadores de la salud o los médicos no son los mejores pacientes porque tienden a automedicarse, cuestionan a los cuidadores y cumplen menos con el tratamiento. Estos factores hacen que los trabajadores de la salud sean más susceptibles a formas graves de ansiedad y depresión, e incluso conducen a tasas de suicidio más altas que la población general (Niccolini, 2020).

La depresión puede conducir a la discapacidad, ya que afecta la salud mental y física de las personas, lo que resulta en una disminución del desempeño social, familiar y laboral (Nicolini, 2020).

La ansiedad a menudo se manifiesta como una respuesta al desajuste profesional y laboral, lo que resulta en malestar y dolor que conduce al fracaso personal (Nicolini, 2020).

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental, ya que pone en riesgo a los trabajadores de atención médica de los hospitales, siendo el área una de las poblaciones más afectadas. Experimentan sentimientos de miedo, depresión y ansiedad debido al mayor riesgo de propagación y exposición al virus en el lugar de trabajo. Ciertamente tienen un mayor riesgo de síntomas de depresión y ansiedad relacionados con COVID-19 (Galvis, 2020).

Justificación

La salud no es solo la ausencia de enfermedades o afecciones, sino también es un estado completo tanto del bienestar físico, social como del mental. La depresión y la ansiedad representan la segunda causa de muerte entre personas de 30-50 años de edad, puede aparecer en cualquier persona y no es un signo de debilidad. Afecta alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo y representa el 5-7% en consulta primaria, no accediendo dentro de ellos a tratamientos efectivos. Las personas que padecen estos trastornos suelen presentar pensamientos suicidas u estar asociadas a otras patologías en más del 95% al ser diagnosticadas. El 2.1% de personas que padecen ansiedad y depresión aumentan significativamente el riesgo de muerte y llevando a ello.

Se informa que el presente estudio cuenta con los recursos necesarios para poder llevarse a cabo, pues se cuenta con la programación de aquellos médicos que

trabajaron en hospitalización de COVID-19 y aquellos que trabajaron en hospitalización de medicina no COVID-19, sumando a que también se cuenta con los números telefónicos para poder localizarlos e interrogarles. Se tiene además los recursos financieros necesarios para realizarlo.

Actualmente EsSalud es una institución que está siendo colapsada por este virus, que están tratando de manejarlo y poder dar ciertos medicamentos que ayuden a la mejoría del paciente; pero es muy importante que conozcan a sus médicos. Por eso que este proyecto no solo es importante por la información valiosa sino también es para que la institución pueda estar en alerta con sus médicos, y evitar que ocurran hechos desagradables con ellos y darles una solución o ayuda si es que están pasando por problemas como ansiedad y depresión.

Por lo cual como futura médica me preocupa como mis futuros colegas se encuentran en la actualidad; si un médico se encuentra bien física y mentalmente su rendimiento será el correcto, pero si hay un déficit en lo mental creo que como a cualquiera le afectaría, por lo cual ayudaría mucho presentando este proyecto; no solo conozcamos el virus, conozcamos ese ser humano que aparte de salvar vidas también, a veces, hay que salvarlo a ellos.

Por lo tanto, la finalidad del presente trabajo radica en que si en un futuro se origina otra pandemia los médicos estén preparados psicológicamente para poder afrontarla a través de charlas, capacitaciones o cursos que pueda brindarles el hospital, generando de esta manera una mejoría en ellos.

Problema

¿Cuál es la comparación de la ansiedad y depresión de los médicos que laboran de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2021?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Definición conceptual de la variable	Dimensiones (factores)	Indicadores	Tipo de escala de medición
Hospitalización: Servicio destinado al internamiento de pacientes por el cual reciben un adecuado tratamiento y seguimiento.	Área hospitalización	COVID NO COVID	Nominal
Ansiedad: Aquella preocupación excesiva, frecuente y permanente por diferentes eventos o actividades en la mayoría de los días y tiene una duración mínima de 6 meses. (Garay, 2019)	Escala de ansiedad	Normal Leve Moderada Grave	Ordinal
Depresión: un grupo de síntomas predominantemente emocionales como la tristeza patológica, apatía, desesperanza, irritabilidad, sentimientos personales de incomodidad e impotencia para enfrentar las demandas de la vida (Grupo de Trabajo de Guías de Práctica Clínica para el Manejo de la Depresión en Adultos, 2015)	Escala de depresión	Ausencia Leve Moderado Grave	Ordinal

Hipotesis

H₁: La media de los resultados de ansiedad y depresión de los médicos del área COVID-19 es diferente a los resultados de la ansiedad y depresión de los médicos del área no COVID-19.

H₀: La media de los resultados de ansiedad y depresión de los médicos del área CO.VID-19 es igual a los resultados de la ansiedad y depresión de los médicos del área no COVID-19

Objetivos

Objetivo general

Establecer la comparación entre laborar en el área de hospitalización COVID-19, la ansiedad y depresión en los médicos del hospital III Chimbote durante el año 2021.

Objetivos específicos

1. Establecer la frecuencia de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.
2. Establecer la frecuencia de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.
3. Establecer la comparación de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.
4. Establecer la comparación de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.

6 Metodología

a) Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Aplicada porque permite solucionar problemas reales. Además, se apoya en la investigación básica para conseguirlo (Sierra, 2008).

Diseño de la investigación: Descriptivo comparativo simple, prospectivo, corte transversal y enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

$$M_1 = O_1 = O_2$$

$$M_1 \neq O_1 \neq O_2$$

M = Muestra

O₁ = Ansiedad

O₂ = Depresión

b) Población, muestra y muestreo

Población

Médicos que laboran en el área de hospitalización de COVID-19 (20 médicos) y del área de hospitalización de medicina no COVID-19 (12 médicos) del Hospital EsSalud III de Chimbote, durante el año 2021

Criterios de inclusión

- Médicos que laboraron en hospitalización durante todo el 2021
- Médicos programados solo en el área de hospitalización
- Médicos que no laboran en el área de hospitalización COVID-19

Criterios de exclusión

- Médicos que no han laborado permanentemente en el hospital durante el 2021.

Muestra

La muestra está constituida por toda la población de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19; que están laborando permanentemente durante el año 2021 que fueron 32 médicos de ambas áreas.

Técnica de muestreo

No probabilístico por conveniencia del investigador.

c) Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas

La técnica de la investigación es un cuestionario cerrado que se ha planteado en formulario Google.

Instrumentos

El instrumento es cuestionario que está dividido en dos partes uno para medir ansiedad y la depresión.

Para determinar el grado de ansiedad, se utilizó la escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG, que comprende un cuestionario anónimo, de 20 ítems, cada uno referido a manifestaciones, características de ansiedad, como síntomas o signos. Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1 - 4, escala de tipo Likert (Matas, 2018) la cual se corresponde de la siguiente manera:

Puntaje	Niveles
1 puntos	Nunca o casi nunca
2 puntos	A veces
3 puntos	Con frecuencia
4 punto	Siempre casi siempre

La suma del cuestionario dará un puntaje final que está agrupado por rango. Para fue construido con un cálculo de baremo para lo cual el recorrido desde el menor valor hasta el valor mayor se distribuyó en 4 partes o niveles (Fernández, 2007) de la siguiente manera:

Puntaje	Nivel
<50	Ausencia de ansiedad
50 - 59	Ansiedad leve
60 - 69	Ansiedad Moderada
> 70	Ansiedad Grave

Para determinar el grado de depresión, se utilizó la escala de evaluación de depresión de ZUNG, que comprende un cuestionario anónimo, de 20 ítems, cada uno referido a manifestaciones, características de depresión, como síntomas o signos. se

aplicará cuestionarios ya antes mencionados, los cuales cuentan con niveles de medición para poder codificar los datos en cada uno de ellos. Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1 – 4, la cual se corresponde de la siguiente manera:

Puntaje	Niveles
1 puntos	Muy pocas veces
2 puntos	Algunas veces
3 puntos	Muchas veces
4 punto	Casi siempre

La suma del cuestionario dio un puntaje final que estuvo agrupado por rango. Fue construido con un cálculo de baremo para lo cual el recorrido desde el menor valor hasta el valor mayor se distribuyó en 4 partes o niveles (Fernández, 2007) de la siguiente manera:

Puntaje	Nivel
≤ 28	Ausencia de depresión
28 – 41	Depresión leve
42 – 53	Depresión moderada
≥ 53	Depresión grave

d) Confiabilidad y validez del instrumento

Para Johann M. Vega-Dienstmaier (2014) en el estudio titulado “Validez de una versión en español del Inventario de Depresión y Ansiedad” utilizaron el cuestionario denominado Escala de Depresión de ZUNG, en el cual hallaron valores de especificidad 98,2 % y sensibilidad 87,0 %.

e) Procesamiento y análisis de la información

Para la elaboración de los resultados se procedió a realizar una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel v. 2019; posteriormente se migro al programa estadísticos SPSS v. 26; para realizar un análisis estadístico descriptivo cuantitativo se procedió a realizar tablas de frecuencia, porcentaje e intervalo de confianza 95%; para el análisis descriptivo cuantitativo se procedió a realizar un análisis de tendencia central (media, mediana, desviación estándar, moda, mínima y máxima). Para la estadística inferencial se realizó una prueba de normalidad de puntajes establecidos de las dos variables de estudio ansiedad y depresión de acuerdo a lo establecido que son no paramétricos para la cual se utilizó para comparar la prueba U Mann-Whitney.

7 Resultados

Tabla 1

Frecuencia de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.

Área hospitalaria	Nivel de ansiedad							
	Ausencia de ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área COVID	9	45,0	8	40,0	3	15,0	20	100,0
Área no COVID	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12	100,0
Total	19	59,4	10	31,3	3	9,4	32	100,0

En la tabla 1 se puede observar la frecuencia de médicos con ansiedad en el hospital III Chimbote, de los 32 médicos evaluados, el 40,6% sufre de algún grado de ansiedad. En lo que respecta al área de trabajo observamos que de los médicos que trabajan en el área covid el 55% sufre de ansiedad, y de los que trabajan en área no covid el 16,7% sufre de ansiedad, de los médicos que trabajan en el área covid, los casos de ansiedad leve representan el 40% y los que tuvieron ansiedad moderada representan el 15%. De los médicos que trabajaron en el área no covid, el 16,7% presento ansiedad leve, no se encontraron casos de ansiedad moderada.

Tabla 2

Frecuencia de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.

Área hospitalaria	Nivel de depresión							
	Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área COVID	8	40,0	10	50,0	2	10,0	20	100,0
Área no COVID	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12	100,0
Total	18	56,3	12	37,5	2	6,3	32	100,0

En la tabla 2 se puede observar la frecuencia de médicos con depresión en el hospital III Chimbote, de los médicos que fueron evaluados 32, el 56.3% no sufren de depresión, y el 43,8% sufre de depresión. En lo que respecta al área de trabajo observamos que de los médicos que trabajan en el área covid, el 60% sufre de depresión y de los que trabajan en área no covid solo el 16.7% sufre de depresión, de los que trabajan en área covid, los casos de depresión leve representan el 50% y los que tuvieron depresión moderada representan el 10%. No se encontraron casos de depresión grave. De los que trabajaron en el área no covid, el 16.7% presento casos de depresión leve, no se encontraron casos de depresión moderada.

Tabla 3

Comparación de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.

	Ansiedad
U de Mann-Whitney	34,000
W de Wilcoxon	112,000
Z	-3,375
Sig. asintótica(bilateral)	0,001

En la tabla 3 se presentan los resultados de la Prueba U de Mann-Whitney para la variable ansiedad, según las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID19. Con un valor de significancia de 0,001 podemos determinar que existen diferencias significativas en los niveles de la variable comparada, según ansiedad.

Tabla 4

Comparación de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.

	Depresión
U de Mann-Whitney	54,500
W de Wilcoxon	132,500
Z	-2,563
Sig. asintótica(bilateral)	0,010

En la tabla 4 se presentan los resultados de la Prueba U de Mann-Whitney para la variable depresión, según las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19. Con un valor de significancia de 0,010 podemos determinar que existen diferencias significativas en los niveles de la variable comparada, según depresión.

8 Análisis y discusión

En nuestro estudio obtuvimos que el grado de ansiedad en el personal médico del hospital III EsSalud fue del 40.6% muy por encima de los niveles encontrados en Asia en los estudios de Jizheng, Wible, y Zhang et al que tuvieron tasas de ansiedad del 23%, 35% y 36% respectivamente; y parecidas al estudio de Lara, Cruz, y Soriano en México que obtuvieron un 41% de tasas de ansiedad. Encontramos que la mayor cantidad de casos de ansiedad fueron en el personal médico que trabajo en áreas COVID-19 con un 55% comparado con un 16% del personal médico que no trabajo en área COVID-19. En lo que respecta a la severidad de la ansiedad los estudios de Asia encuentran una tasa de ansiedad de casos leves de 16%, moderado 4% como lo demuestra Jizheng y Qiu con un 29% de casos leve a moderado lo cual difiere con nuestro estudio donde encontramos un 40% de casos leves y un 15% de casos moderados muy similar a lo que encuentra Lara, Cruz, y Soriano donde el grado de ansiedad leve llega a un 39%. Las tasas de depresión que encontramos en nuestro estudio reflejan tasas del 60% de depresión en personal médico que trabaja en áreas COVID-19 y un 16% en áreas no COVID-19 muy por debajo de los niveles de Liselotte et al, Morales, y Wible, donde ellos encuentran un 26%, 28% y 43% respectivamente. En lo que respecta a la severidad de depresión la mayor cantidad de casos, el 50% fueron de depresión leve y 10% de depresión moderada siendo mayores lo encontrado por Morales con un 18%, Torres, Villaseñor, y Sánchez con un 9% y Wang con un 16.5%. En el grado de ansiedad y depresión podemos observar que tenemos valores más altos que los encontrados en Asia y en algunos países de Latinoamérica esto puede deberse a que Perú tuvo la mortalidad más alta por COVID-19, por cada 100.000 habitantes y el número más alto de médicos fallecidos por COVID-19 a nivel de Latinoamérica. En la relación que existe en trabajar en un área COVID-19 y no COVID-19, ansiedad y depresión, podemos observar que existe una significancia estadística pero que lamentablemente no se puede comparar ya que no hay estudios que midan el grado de ansiedad y depresión con el área laboral.

9 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. La frecuencia más prevalente de ansiedad de los médicos se encuentra en el área COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.
2. La frecuencia más prevalente de depresión de los médicos se encuentra en el área COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.
3. Se estableció mediante la prueba no paramétricas para la comparación de dos medias U de Mann-Whitney para establecer la variable ansiedad existiendo una alta diferencia significativa ($p=0,001$) entre las dos áreas de hospitalización.
4. Se estableció mediante la prueba no paramétricas para la comparación de dos medias U de Mann-Whitney para establecer la variable depresión existiendo una diferencia significativa ($p=0,010$) entre las dos áreas de hospitalización.

Recomendaciones

1. Aplicar el test de W. W. K. ZUNG, a los médicos del área COVID-19 y no COVID.19 cada 6 meses durante el tiempo de pandemia o estado de emergencia para detectar a tiempo los primeros signos o síntomas de ansiedad y depresión.
2. Enviar a consulta psicológica a todo médico que trabaje en área COVID-19 y no COVID-19 al menos una vez para detectar ansiedad y depresión.

3. Ejecutar platicas motivacionales en conjunto con el manejo de emociones por parte del psicólogo (a) una vez por mes.
4. Delegar al servicio de Psiquiatría para iniciar el adecuado tratamiento farmacológico a quienes presentan depresión moderada a grave o ansiedad moderada a grave.
5. Llevar un control de aquellos médicos que presentan ansiedad y depresión hasta lograr una mejoría clínica y monitorizarlos cada cuatro meses.

10 Referencia Bibliográfica

- Accinelli RA, Z.-X. C.-W.-C.-P. (2020). COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 1-10.
- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada. Obtenido de Medline: <http://www.nami.org>
- Arab. (2015). Carga laboral horaria en residentes de especialidad y subespecialidad.
- Comite del Boletín de Información Clínica Terapéutica. (2013). El Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina*, 1-2.
- Fernández, B. (2007). *Baremos de aplicación en el ámbito laboral*. En Gil Hernández, F. *Tratado de Medicina del Trabajo*. 1 edición Elsevier .
- Garay, C. S. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de psicología*, 7-21.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de depresión en el adulto. (2015). *Guías de práctica clínica en el sns*, 264
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2016). NIH. Obtenido de NIH: <http://www..nimh.nih.gov>
- Instituto Nacional de salud Mental. (2018). Obtenido de Medline: <http://www.nimh.nih.gov>
- Johann M. Vega-Dienstmaier, O. C.-M. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Sección de Psiquiatría y Salud Mental*, 1-9.
- Langarita-Llorente R, G.-G. P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: *Revista de neurología*, 1-9.
- Lara. (2013). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familia.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Madrid: Editorial Médica Panamericana

- Lai. (2020). Covid-19 y salud mental del personal sanitario. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Liselotte. (2013). El acto de malabarismo entre las responsabilidades laborales y domésticas causa problemas a los médicos estadounidenses.
- López. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa.*, 1-10.
- Morales. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California.
- Pérez. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burn.
- PERUANO, P. D. (2020). gob.pe. Obtenido de gob.pe: <https://www.gob.pe/coronavirus>
- Ramírez. (2014). Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México.
- Rodríguez-Morales AJ, S.-D. J.-D.-G. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peruana*, 3-7.
- Salud, O. M. (2019). Organización mundial de la salud. Obtenido de Organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es>
- Torres. (2018). Relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios del hospital general de zona más unidad de Medicina Familiar.
- Villalobos Pérez Cortes, M. (2013). La ansiedad en el mundo de hoy y pedagógica. MINOS.
- Vargas. (2020) Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Wible. (2017). Médicos y depresión: sufriendo en silencio.

Zhang (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front. Psychiatry* 11:306. doi: 10.3389/fpsy.2020.00306

11 Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios, por permitirme haber realizado el presente trabajo el cual requirió mucho esfuerzo, dedicación y paciencia.

Agradezco a mis padres y mi hermana por ser mi mayor motivación, sostén y darme el impulso de continuar día a día con esta carrera. Y tener ese apoyo incondicional del cual es confortable.

Agradezco a las autoridades de mi universidad y de la facultad de medicina humana por su apoyo en este largo paso de esta bella carrera.

Agradezco a los doctores: Eduardo Landeras Silva, Vladimir Sánchez Chávez-Arroyo y Juan Carlos Calderón Chávez por brindarme cada uno sus consejos, apoyo y guiarme en este arduo trabajo.

12 Anexos

Anexo 1

Autorización de la institución donde se va a realizar la recolección de los datos



Facultad de Medicina Humana
Centro de Investigación

SOLICITO: Permiso y acceso a información para
realizar trabajo de investigación.

Dr. Oswaldo García Torres

Director Ejecutivo del Hospital EsSalud III - Chimbote

Yo, **Gastulo Diaz, Leslie Nayarit** con DNI N° **74402005**,
estudiante en Medicina Humana de la Universidad San Pedro,
ante usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado mis estudios en la escuela de Medicina Humana, solicitamos permiso para realizar el trabajo de Investigación titulado **Ansiedad y depresión de médicos en hospitalización en el contexto del COVID-19, Hospital III EsSalud Chimbote, 2021**, con la finalidad de optar el título profesional de **MEDICO CIRUJANO**. Para lo cual requiero el acceso de las Historia clínicas de los pacientes fueron tendidos en el hospital, se adjunta proyecto de investigación.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Chimbote, 26 de abril del 2021.



Vladimir Sánchez Chávez-Arroyo
Dr. Vladimir Sánchez Chávez-Arroyo
DIRECTOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Anexo 2

Ficha de recolección de datos (instrumento)

Índice e interpretación de la escala de ansiedad por W. W. K. ZUNG

Fecha:

A continuación, se muestran 20 preguntas que tienen varias respuestas posibles, marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Me siento atemorizado(a) sin motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Me altero o agito con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Me siento hecho(a) pedazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Me siento débil y me canso fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Siento que el corazón me late aprisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sufro mareos (vértigos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Puedo respirar fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Sufro dolores de estómago e indigestión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Por lo general tengo las manos secas y calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	La cara se me pone caliente y roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Tengo pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total, de puntos					

Índice e interpretación de la escala de depresión por W. W. K. ZUNG

Fecha: ...

A continuación, se muestran 20 preguntas que tienen varias respuestas posibles, marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Duermo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Tengo tanto apetito como antes*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Todavía disfruto del sexo*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Noto que estoy perdiendo peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Me late al corazón más a prisa que de costumbre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Me canso sin motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Tengo la mente tan clara como antes*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Tengo esperanza en el futuro*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Estoy más irritable que antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Me es fácil tomar decisiones*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Me siento útil y necesario*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Me satisface mi vida actual*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Disfruto de las mismas cosas que antes*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total, de puntos					

Anexo 3

Validación de juicio de expertos y confiabilidad

Nombre original:	Escala de Autovaloración de la Ansiedad por W. W. K. Zung
Autor	Dr. Zung William W. K.
Año:	1965
Procedencia:	C. del Norte, Estados Unidos
Adaptación peruana:	Vega, Coronado, Mazzotti(2014)
Administración:	Individual o colectiva
Duración:	5 a 10 minutos
Aplicación:	Adolescentes y adultos
Puntuación:	20 a 80 puntos
Tipificación:	Baremos originales
Usos:	En evaluación pedagógica o clínica
Materiales:	Cuestionario, hoja y lápiz.

Nombre original:	Escala de Autovaloración de la Depresión por W. W. K. Zung
Autor	Dr. Zung William W. K.
Año:	1965
Procedencia:	C. del Norte, Estados Unidos
Adaptación peruana:	Vega, Coronado, Mazzotti(2014)
Administración:	Individual o colectiva
Duración:	5 a 10 minutos
Aplicación:	Adolescentes y adultos
Puntuación:	20 a 80 puntos
Tipificación:	Baremos originales
Usos:	En evaluación pedagógica o clínica
Materiales:	Cuestionario, hoja y lápiz.

Anexo 4

Matriz de consistencia

Problema	Variabes	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Cuál es la comparación de la ansiedad y depresión de los médicos que laboran de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2021?	Área de Hospitalización	<u>General:</u> Establecer la comparación entre laborar en el área de hospitalización COVID-19, la ansiedad y depresión en los médicos del hospital III Chimbote durante el año 2021.	<u>H₁</u> : La media de los resultados de ansiedad de los médicos del área COVID-19 es diferente a los resultados de la ansiedad de los médicos del área no COVID-19.	El tipo de investigación fue aplicada porque permite solucionar problemas reales. Además, se apoya en la investigación básica para conseguirlo. El diseño de la investigación fue descriptivo comparativo, prospectivo, corte transversal y enfoque cuantitativo La población estuvo representada por médicos que laboran en el área de hospitalización de COVID-19 (20 médicos) y del área de hospitalización de medicina no COVID-19 (12 médicos) del Hospital EsSalud III de Chimbote, durante el año 2021 La técnica que se utilizo es un cuestionario cerrado que se ha planteado en formulario Google. El instrumento fue un cuestionario que
	Ansiedad	<u>Específicos:</u> Establecer la frecuencia de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.	<u>H₀</u> : La media de los resultados de ansiedad de los médicos del área COVID-19 es igual a los resultados de la ansiedad de los médicos del área no COVID-19.	
	Depresión	Establecer la frecuencia de la depresión de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021. Establecer la comparación de la ansiedad de los médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021. Establecer la comparación de la depresión de los		

		<p>médicos de las áreas de hospitalización COVID-19 y no COVID-19 del hospital III Chimbote durante el año 2021.</p>	<p>está dividido en dos partes uno para medir ansiedad y la depresión. Los instrumentos aplicados en el presente estudio fueron pruebas psicológicas. Para determinar el grado de ansiedad, se utilizó la escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG, Para determinar el grado de depresión, se utilizó la escala de evaluación de depresión de ZUNG.</p>
--	--	--	--

Anexo 5

Cálculo de la muestra (probabilística)

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	0,250	32	0,000	0,824	32	0,000
Depresión	0,158	32	0,042	0,931	32	0,041

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 6

Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Gastulo Díaz Leslie Nayarit, de la Universidad privada San Pedro. La meta de este estudio es establecer la comparación entre laborar en el área de hospitalización COVID-19, la ansiedad y depresión en los médicos del hospital III Chimbote durante el año 2021.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida Gastulo Díaz Leslie Nayarit.

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta vía llamada telefónica lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto virtualmente en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono (número de telf. del entrevistador). Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 7

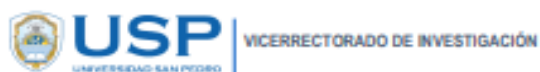
Base de datos

Área hospitalización	Ansiedad	Depresión
1	54	33
1	51	34
1	52	36
1	52	36
1	52	36
1	56	34
1	54	33
1	56	33
1	61	34
1	61	45
1	64	49
1	26	33
1	28	27
1	30	21
1	30	25
1	26	21
1	26	21
1	36	27
1	28	25
1	26	21
2	54	33
2	54	36
2	20	17
2	22	26
2	26	24
2	26	17

2	20	24
2	26	22
2	22	22
2	22	17
2	20	17
2	22	26

Anexo 8

Constancia de similitud emitida por vicerrectorado de investigación



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **"Ansiedad y depresión de médicos en hospitalización en el contexto del COVID-19, Hospital III EsSalud Chimbote, 2021"** del (a) estudiante: **Leslie Nayarit Gastulo Díaz**, identificado(a) con Código N° 2008170044, se ha verificado un porcentaje de similitud del 24%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de Investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 14 de Agosto de 2022


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. CARLOS URBINA SANJINES
VICERRECTOR



NOTA:
Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

www.usanpedro.edu.pe

Urbanización Lateral del Norte H-11
Teléfono: 043 - 463070
vicerectorada.investigacion@usanpedro.edu.pe
<http://investigacion.usanpedro.edu.pe>