UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19 EN PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO DE SALUD ACLAS PILLCO MARCA, HUÁNUCO 2021

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

TESISTAS:

Chávez Matos, Helen Ingrith

Garay Velásquez, Adrián Enrique

Luna Cabello, Julio Daniel

Asesor:

Mg. Mallqui Cruz, Crisanto

HUÁNUCO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Se dedica a nuestros padres por estar siempre con nosotros y a nuestros familiares, amigos y colegas por su inquebrantable apoyo en nuestra preparación personal y profesional. Por último, y quizás lo más importante, nuestros asesores por sus enseñanzas a lo largo del proceso de investigación.

AGRADECIMIENTO

Para empezar, queremos expresar nuestra gratitud a Dios por cumplir con nuestro ansiado deseo de graduarnos.

En segundo lugar, nos gustaría expresar nuestra gratitud a nuestros docentes, Mg. Crisanto

Mallqui Cruz y Mg. Gabriel Colleti Escobar, por sus contribuciones al desarrollo de nuestra investigación a través de sus enseñanzas, conocimientos y motivación.

Por último, un gran agradecimiento al jefe del establecimiento y a los trabajadores de la atención sanitaria por su participación en nuestra investigación

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo: determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de COVID-19 en el personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pillco Marca (C. S. 103A. P. M). El tipo de investigación utilizado corresponde al Tipo cuantitativo, no experimental, diseño descriptivo simple, para lo cual se seleccionó a la muestra a través del muestreo no probabilístico de tipo censal, conformado por 114 personas correspondiente al personal asistencial, de ambos sexos del C.S.A.P.M; los instrumentos utilizados, la escala de Zung- EAA y la escala de Zung BAND, obteniendo los siguientes resultados: en los niveles de ansiedad según la dimensión somática, el 29.8% de la muestra estudiada presentaron un nivel de ansiedad moderada y el 6.1% severo; en la dimensión afectiva el 20.2% ´presentaron ansiedad moderada y el 3.5% severo. Según edad, el mayor porcentaje de 50% se situó en las edades de 54 a 63 años; Según el género con mayor porcentaje de 59.6% correspondió al género femenino y de acuerdo con el servicio laboral el 34.2% fue del área de enfermería. Con relación a la depresión el 70.2% no lo presenta y el 20.2% es ligeramente deprimido, siendo la dimensión cognitiva (6.1%) afectiva (7.0%) y somática (7.0%). En lo referente a la edad predominante (54-63) se ubica el 50.0%, igualmente el 59.6% y 40.4% corresponde al género femenino y masculino respectivamente frente a lo cual se suma el 34.2% del grupo asistencial de enfermería sobresale presenta algún nivel de depresión. En conclusión, el 50% indicaron tener un nivel de ansiedad moderada y el 9.6% severo. En lo relacionado a la depresión, el 20.2% se encontró ligeramente deprimido y el 9.6% moderadamente deprimido.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, COVID-19.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the levels of anxiety and depression in times of COVID-19 in the healthcare personnel of the Aclas Pillco Marca Health Center (C. S. A. P. M). The type of research used corresponds to the quantitative, non-experimental type, simple descriptive design, for which the sample was selected through non-probabilistic census-type sampling, made up of 114 people corresponding to healthcare personnel, of both sexes from the C.S.A.P.M; The instruments used, the Zung-EAA scale and the Zung BAND scale, obtaining the following results: in the anxiety levels according to the somatic dimension, 29.8% of the studied sample presented a moderate level of anxiety and 6.1% severe ; In the affective dimension, 20.2% presented moderate anxiety and 3.5% severe. According to age, the highest percentage of 50% was between the ages of 54 and 63; According to the gender, the highest percentage of 59.6% corresponded to the female gender and according to the labor service, 34.2% was from the nursing area. In relation to depression, 70.2% do not present it and 20.2% are slightly depressed, the cognitive dimension (6.1%) being affective (7.0%) and somatic (7.0%). Regarding the predominant age (54-63), 50.0% are located, also 59.6% and 40.4% correspond to the female and male gender respectively, against which 34.2% of the nursing care group stands out presents some level of depression. In conclusion, 50% indicated having a moderate level of anxiety and 9.6% severe. Regarding depression, 20.2% were slightly depressed and 9.6% moderately depressed.

Keywords: Anxiety, Depression, COVID-19

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA i

AGRADECIMIENTO ii

RESUMEN iii

ABSTRACT iv

INTRODUCCIÓN 5

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN **7**

1.1 Fundamentación del problema 7

1.2 Formulación del problema de investigación general y específicos 9

1.3 Formulación del Objetivos generales y específicos 10

1.4 Justificación 11

1.5 Limitaciones 11

1.6 Formulación de hipótesis general y específicos 12

1.7 Variables 12

1.8 Definición teórica y Operacionalización de variables 12

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO **16**

2.1 Antecedentes 16

2.2 Bases teóricas 22

2.3 Bases conceptuales 40

CAPITULO III. METODOLOGÍA **42**

3.1 Ámbito 42

3.2 Población 42

3.3 Muestra 43

3.4 Nivel y tipo de estudio 43

3.5 Diseño de investigación 44

3.6 Métodos y técnicas o instrumentos 45

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento 48

3.8 Procedimiento 49

3.9 Tabulación y análisis de datos 50

3.10 Consideraciones éticas 51

CAPITULO IV. RESULTADOS **52**

4.1 Presentación y análisis de resultados 52

DISCUSIÓN **68**

CONCLUSIONES **74**

RECOMENDACIONES **77**

REFRENCIAS BIBLIOGRAFICAS **78**

ANEXOS **82**

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2019. 52

Tabla 2 Niveles de Ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 54

Tabla 3. Niveles de Ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 55

Tabla 4. Niveles de Ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 57

Tabla 5. Niveles de Ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 58

Tabla 6. Niveles de Depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 60

Tabla 7. Niveles de Depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 61

Tabla 8. Niveles de Depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 64

Tabla 9. Niveles de Depresión según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019. 66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Niveles de Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2019.
53
Gráfico 02. Niveles de Ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
55
Gráfico 03. Niveles de Ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
56
Gráfico 04 Niveles de Ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
57
Gráfico 05 Niveles de Ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
59
Gráfico 06 Niveles de Depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
61
Gráfico 7 Niveles de Depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
63
Gráfico 08. Niveles de Depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
65
Gráfico 09. Niveles de Depresión según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.
67

INTRODUCCIÓN

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud es considerada como un "proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades" (OMS, 2018).

Frente a estos temas de salud mental, el Ministerio de Salud ha redoblado su esfuerzo por brindar atención. Por ello, de enero a mayo de 2021, el Minsa ha atendido más de 156 mil casos de ansiedad, 77 mil casos de depresión, 18 mil casos de consumo de sustancias psicóticas y alcohol, y más de 60 mil casos de violencia (MINSA, 2021).

Dentro de la población afectada, encontramos al personal de salud que se encuentra en la primera línea de defensa contra el COVID-19, son ellos los que se encuentran expuestos día a día a este virus, llevando esto mayor predisposición a presentar algunos problemas mentales, tales como: ansiedad y depresión.

La ansiedad es un estado emocional displacentero que tiende a acompañarse de cambios somáticos y psíquicos, que se presenta como mecanismo adaptativo, o que puede aparecer como síntoma o síndrome que puede acompañar a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

La depresión es una enfermedad que es caracterizada por una tristeza persistente y por la incapacidad y falta de interés por las actividades cotidianas y que solía disfrutar, durante al menos dos semanas.

Esta situación es preocupante, ya que ello puede influir tanto en la vida profesional, como en la vida personal del que asiste, lo cual puede producir una disminución en su desempeño laboral, los cuales han sido evidenciados en diferentes estudios a nivel mundial, sin embargo, en nuestro país, no se ha realizado mayor investigación respecto a este tema.

En la presente investigación se plantea determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. Para evaluar las variables del estudio, ansiedad y depresión, se aplicaron la escala de Zung- EAA y la escala de Zung BAND, respectivamente.

Con tales fines, el presente estudio se ha estructurado en cinco capítulos: El primer capítulo se centra en la presentación de la temática de estudio: problema de investigación, fundamentación del problema, formulación del problema, definición de los objetivos, además de la justificación, limitaciones del estudio, variables, definición teórica y operacionalización de variables.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, específicamente construido para abordar el problema en cuestión. En este capítulo se expone una revisión de los antecedentes investigativos; son desarrolladas las bases teóricas de las variables del estudio: Ansiedad y Depresión; las variables son conceptualizadas y se adopta un posicionamiento teórico-metodológico para el desarrollo del estudio y, finalmente, se definen los términos básicos empleados en el desarrollo de la investigación.

El tercer capítulo presenta la metodología, la misma que está constituida por el ámbito, población, muestra, nivel y tipo de estudio, diseño de investigación, métodos, técnicas e instrumentos, validación y confiabilidad del instrumento, tabulación y análisis de datos y los aspectos éticos considerados.

El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos, el análisis univariado de los constructos del estudio; seguido con el quinto capítulo, la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas utilizadas en la presente investigación y los anexos correspondientes.

CAPITULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Durante la COVID-19, el personal sanitario puede observar dificultades de salud mental, como el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, el insomnio, la negación, la ira y el miedo. Según una encuesta realizada en China, el personal sanitario tenía una tasa de ansiedad del 23,4%, que era mayor para las mujeres que para los hombres y para las enfermeras que para los médicos. Además, se observó un impacto psicológico moderado a grave en la población; esto incluyó un aumento del 16,5% de los síntomas depresivos, un aumento del 28,8% de los síntomas ansiosos y un aumento del 8,1% del estrés, todos ellos moderados a graves. Lozano-Varga (2020)

Esta cuestión dejó una marca psicológica en toda la población, especialmente a través de los diversos síntomas ansiosos que indujo, ya sea como resultado del miedo a la infección, las consecuencias personales y sociales, los cambios de estilo de vida o el aumento gradual del hábito social de confinamiento en las viviendas. La ansiedad tiene un profundo efecto en el individuo que la experimenta, aún más cuando se desconoce el resultado del mal y la amenaza de muerte, dejando un legado psicológico en los seres que alteran su funcionamiento mental. (R. Rodríguez 2020)

El estrés mental puede ser exacerbado por el trabajo excesivo, la deficiencia de EPP y la deficiencia de medicación. Los profesionales sanitarios que siguen contribuyendo al resultado y al tratamiento de los pacientes con COVID-19 tienen el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Las tasas de infección y mortalidad asociadas a la COVID-19 exacerbarían la percepción del riesgo y la angustia del personal sanitario. (Iglesias y Acosta 2020)

La ansiedad es una reacción fisiológica a una amenaza o a un riesgo físico o psicológico que tiene como objetivo proporcionar al individuo la

energía necesaria para responder a la amenaza (miedo o agresión). En este sentido, es necesaria alguna ansiedad para que el cuerpo realice las tareas o resuelva los problemas correctamente. La ansiedad excesiva, por otro lado, altera el rendimiento de un individuo en todas las esferas de la vida. (Piqueras 2008).

De un punto de vista cognitivo (A. Beck, 1967), El paciente deprimido presenta una imagen de sí mismo, de su entorno y del futuro que es pesimista. Los individuos se ven como incapacitados e ineficaces; su entorno se interpreta como una pérdida de experiencias compartidas; y su futuro se ve como una gran pérdida y lleno de fracasos. (D. Rivadeneyra y Minici, 2002)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2017), los trastornos de la depresión y la ansiedad son problemas comunes de salud mental que afectan a la capacidad y la productividad laboral. Alrededor del mundo, más de 300 millones de personas sufren de depresión, la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones sufren trastornos de la ansiedad.

Según los datos actuales, los ciudadanos peruanos necesitan una atención sanitaria mental superior a 6 millones. Alrededor del 20% de la población del país sufre de depresión, ansiedad, estrés u otros trastornos más complejos que se manifiestan como adicciones y episodios violentos. (MINSA 2019).

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud, “es el estado de salud que permite a un individuo alcanzar su máximo potencial, superar los retos de la vida diaria, trabajar de forma productiva y fructuosa y contribuir a su comunidad” (Rondon, 2006).

Una de cada tres personas en Perú sufre ansiedad o depresión como consecuencia del confinamiento forzado impuesto para tratar la COVID-19. (Nizama, 2021).

1.2 Formulación del problema de investigación general y específicos

Como resultado anterior, proponemos la siguiente investigación:

1.2.1 Formulación general

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

1.2.2 Formulación específica

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

¿Cuáles son los niveles de depresión área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?

1.3 Formulación del Objetivos generales y específicos

Se reunió la siguiente información para alcanzar los siguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.

1.3.2 Objetivo especifico

1. Describir los niveles de ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
2. Identificar los niveles de ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
3. Describir los niveles de ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
4. Conocer los niveles de ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
5. Describir los niveles de depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
6. Identificar los niveles de depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
7. Describir los niveles de depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.
8. Conocer los niveles de depresión según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.

1.4 Justificación

1.4.1 A nivel teórico

Consideramos de mucha importancia realizar nuestra investigación en el personal asistencial de salud, ya que existen estudios anteriores parecidos al nuestro que señalan porcentajes considerables de ansiedad y depresión, siendo esta población con más riesgo al contagio ya sea por la falta de equipo de protección, se enfrentan diariamente a pacientes que contraen el virus y poseen pensamientos anticipatorios de muerte y decaimiento emocional.

1.4.2 A nivel practico

A nivel práctico, al estudiar la ansiedad y la depresión en el personal asistencial del centro de salud, permite a partir de los resultados obtenidos la acción oportuna del centro de salud, en la implementación de espacios equipados para la realización de estrategias en salud mental que ayuden al control de estos trastornos.

1.4.3 A nivel metodológico

Desde el punto de vista metodológico, nuestro estudio se basa teóricamente en la aplicación y veracidad de nuestros instrumentos para medir nuestras variables, en la recolección de datos para la obtención de resultados que servirán como referencia para futuras investigaciones que se asemejen a las características de nuestro grupo investigado.

1.5 Limitaciones

Los resultados obtenidos en cuanto a la ansiedad y depresión no se pueden generalizar a otras poblaciones que no sea la del estudio. El tiempo es limitado a la hora de evaluar ya que se tiene que seguir los protocolos para evitar la infección, lo que no augura bien para la capacidad del personal asistencial de pasar la prueba con confianza.

Estamos sujetos a cumplir un horario establecido por el centro de salud; en algunos casos, es el momento de entrada o salida del personal.

1.6 Formulación de hipótesis general y específicos

Al tratarse de un estudio descriptivo simple, no se necesitan hipótesis.

1.7 Variables

Variable 1: Ansiedad

Dimensiones: Afectivo, Somático.

Variable 2: Depresión

Dimensiones: Cognitivo, Afectivo y Somático.

Variables intervinientes:

- **Edad:** Reunidos en grupos de adulto joven, adulto y adulto mayor (23 - 63).
- **Género:** Masculino y Femenino
- **Área de Servicio:** Enfermería, Obstetricia, Medicina, Tec. Enfermería, Odontología, Laboratorio, Psicología.

1.8 Definición teórica y Operacionalización de variables

1.8.1 Definición teórica

Ansiedad: Es una respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva desencadenada por la anticipación de circunstancias imprevisibles e incontrolables que amenazan los intereses vitales del individuo. (Clark y Beck ,1999).

Depresión: Es un esquema basado en una visión pesimista de uno mismo, del medio ambiente y del futuro. El individuo se ve como incapaz e ineficaz; en relación con su entorno, lo interpreta como una pérdida de experiencias compartidas; y en el futuro, ve su futuro como una gran pérdida y lleno de fracasos. (A. Beck,1967).

1.8.2 Operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	VALOR POR DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
V1 Ansiedad	La ansiedad es una emoción negativa que se experimenta como una amenaza, como un temor lleno de precursores negativos, porque los miedos	Afectivo	Respuesta de los ítems: 1,2,3,4 y 5.	Ordinal	Normal 20-45	Escala de Automedición de Ansiedad de Zung – EAA.
		Somático	Respuesta de los ítems: 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20.		Moderado 46-59	
					Severo 60-74	
					Máximo 75-89	

	provienen de una variedad de fuentes. (Rojas, 2014).					
V2 Depresión	La depresión es una exageración crónica de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad grave que dura varias semanas o meses y afecta	Cognitivo	Respuesta de los ítems: 1,2,11,12,13,16,17,18 y 20.	Ordinal	Normal 25-49	Escala de Autoevaluación para Depresión de Zung – BAND.
		Afectivo	Respuesta de los ítems: 3,9,15 y 19.		Ligeramente deprimido 50-59	
		Somático	Respuesta de los ítems: 4,5,6,7,8 y 10.		Moderadamente deprimido 60-69	
					Severamente deprimido 70-más	

	tanto a la mente como al cuerpo. (San molina y Aranz, 2010)					
Variables Intervinientes	• Edad: Reunificación de grupos de adultos jóvenes, adultos y adultos mayores (23 - 63). • Género: Masculino y Femenino • Área de Servicio: Enfermería, Obstetricia, Medicina, Tec. Enfermería, Odontología, Laboratorio, Psicología.					Ficha Sociodemográfica

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Anteriores estudios internacionales, nacionales y regionales sobre nuestras variables (ansiedad y depresión), que presentamos a continuación

Internacional

Londoño, Redondo, & Velasquez, (2020) Realizaron una investigación: *"Los niveles de ansiedad y depresión entre el personal sanitario activo de las instituciones sanitarias de Santander (Colombia), en respuesta a la emergencia sanitaria COVID-19"*

En conexión con los descubrimientos, se deduce que el sistema de salud no cuenta con mecanismo de afrontamiento que priorice la salud mental del personal de salud, así mismo, la exigencia laboral durante el tiempo de confinamiento y afrontamiento del COVID – 19 es increíble, debido a que los turnos superan las 8 horas establecidas siendo éstas turnos de 12 horas o incluso de 24 horas.

Hassannia (2021). Realizo una investigación: *"El efecto de la pandemia en la ansiedad y la depresión de la población irania"*. Se llego a las siguientes conclusiones durante su investigación:

1. Tuvieron lugar 2045 participantes, de los cuales 1136 (65,6%) tenían síntomas de ansiedad moderados a graves, mientras que 865 (42,3%) tenían síntomas de depresión moderados a graves.
2. Las mujeres tenían más probabilidades de sufrir ansiedad que los hombres. (OR = 1,4, CI 95%: 1,123-1,643, p = 0,002);
3. La ansiedad era más frecuente entre los mayores de 30 años que en otros grupos de edad (OR = 1,6, tenemos de confianza un intervalo del 95% [CI]: 1,123-2,320, p = 0,001);
4. Los médicos y enfermeras tenían tasas de ansiedad y depresión significativamente mayores que las de otras ocupaciones. ((OR = 1,9,

IC del 95%: 1,367-2,491, p <0,001) y (OR = 1,5, IC del 95%: 1,154-2,021, p = 0,003)).

5. Se produjo un aumento significativo de la prevalencia de los síntomas de ansiedad. mayor en el grupo de COVID-19 probablemente infectado que en el grupo de COVID-19 no infectado. (OR = 1,35, IC del 95%: 1,093-1,654, p = 0,005).
6. Los resultados finales indicaron que los proveedores de asistencia sanitaria muestran una alta tasa de síntomas de ansiedad y depresión.

Mahmud, Hossain, Muyeed, Islam, & Mohsin, (2021) Realizaron una investigación: "*La prevalencia de la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio, así como los cambios en esta prevalencia con el tiempo, determinado por un análisis de las pruebas disponibles durante la pandemia de COVID-19, 2020*". Concluyeron en lo siguiente:

1. La síntesis final incluyó 83 estudios que cumplían los criterios de inclusión.
2. Han realizado 69 estudios. (n = 144649) evaluaron la prevalencia de depresión del 37,12% (IC del 95%: 31,80-42,43), 75 estudios (n = 147435) informaron la prevalencia de ansiedad de 41,42 % (IC del 95%: 36,17-46,54), 41 estudios (n = 82783) evaluaron la prevalencia de estrés del 44,86% (IC del 95%: 36,98-52,74), 21 estudios (n = 33370) enunciaron una prevalencia de insomnio del 43,76% (IC del 95%: 35,83-51,68).

   Entre enero de 2020 y septiembre de 2020, la gravedad de los problemas de salud mental entre los profesionales sanitarios aumentó. Como resultado, es fundamental desarrollar intervenciones psicológicas que protejan la salud mental de grupos vulnerables, como los profesionales sanitarios.

Nivel nacional

Miranda & Murguia, (2021) Realizaron una investigación: *"Presencia de síntomas asociados a ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermos de la COVID-19".* Se concluyó:

Hay 61 profesionales y técnicos de atención sanitaria presentes; el 64,1% de los participantes declaró nerviosismo y el 59,2% declaró

fatiga; el 90,16% indicó que su principal preocupación fue la muerte del paciente La depresión y la ansiedad estaban presentes en el personal sanitario vacunado contra el covid19 en el Hospital de Apoyo Camaná-Arequipa 2021, según el Inventario de Beck. ; el 60,66% indicó que los siete días de atención continua era la duración óptima para los pacientes con COVID-19 para evitar el inicio de los síntomas psicológicos. Los resultados indican que las estrategias de trabajo deben aplicarse siendo necesarias para prevenir el inicio de síntomas indicativos de deterioro de la salud mental en los profesionales sanitarios que cuidan a los pacientes. COVID-19.

Rivera, (2021) hizo una investigación: *"Según el Inventario de Beck, la depresión y la ansiedad estaban presentes en el personal sanitario vacunado contra el covid19 en el Hospital de Apoyo Camaná-Arequipa 2021"* Como resultado de este análisis, se han extraído las siguientes conclusiones:

1. La prueba chi cuadrado se realizó en 84 trabajadores sanitarios con un nivel de significación del 5%.
2. En consecuencia, el 96,34% del personal declaró tener una baja ansiedad, mientras que el 3,66% declaró tener una ansiedad moderada; en cuanto a la depresión, el 73,17% declaró estar deprimido, el 20,73%, dispuso de que sufre un caso leve de depresión, el 3,66% se confesó que experimentaba una depresión esporádica. y sólo el 2,44%, declaró que sufre un episodio depresivo leve.

   Después de examinar la depresión y la ansiedad en relación con las características sociodemográficas y ocupacionales, se determinó que no tienen una relación estadísticamente significativa. (P>0,05), excepto la relación previamente establecida entre la ansiedad y el servicio, el estado civil y la depresión.

Loayza, (2021). *Realizo la investigación: "Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Regional. Honorio Delgado Espinoza, que fueron diagnosticados de COVID 19, Arequipa 2021*" se llegaron a las siguientes conclusiones:

a. El 68,61% del personal sanitario Honorio delgado Espinoza infectado con COVID 19, mostraron signos de ansiedad, mientras que el 31,39% no.
b. El 70% del personal sanitario sufría depresión, mientras que el 29,93% restante no.
c. Después de realizar una prueba de raíz cuadrada, se determinó que la única relación estadísticamente significativa existe entre el grupo laboral y el no laboral. (p 0,05) con la frecuencia de la ansiedad en el personal sanitario del hospital regional Honorio delgado Espinoza que fue diagnosticado con COVID 19, mientras que ninguno de los factores sociodemográficos tiene una relación estadísticamente significativa con la frecuencia de la depresión en el personal sanitario. En conclusión, existe una fuerte correlación entre la presencia de COVID 19 y los síntomas posteriores de ansiedad y depresión.

Aguilar, (2020), Realizo un estudio: *"Niveles de ansiedad y depresión en el personal sanitario del Hospital modular Virgen del Chapi - Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020 ".* Las siguientes conclusiones se extrajeron como resultado de este análisis:

1, 55 trabajadores del servicio colaboraron; el 50,91% tenía entre 25 y 29, y el 5,45% más de 40 años. Las mujeres representaban el 78,18% de la plantilla, mientras que los hombres representaban el 21,12%. El 7,36% de los trabajadores estaba soltero, el 21,81% estaba casado o en relaciones y el 1,82% estaba viudo. Los médicos representaron el 45,45% de los participantes, las enfermeras representaron el 29,09 por ciento y los técnicos de enfermería el 25,45%.

2, La duración media del empleo en el hospital fue de 11 años, 40 meses y 51.63 meses. Se descubrió que el 60% de los profesionales de la atención sanitaria sufren ansiedad, con casos leves que representan el 40% y casos moderados y graves que representan el 20%.

3, El 45,45% de los trabajadores experimentan síntomas depresivos, con una depresión leve que representa el 34,55% de los casos y una depresión moderada a grave que representa el 11,91%. La relación

entre la ansiedad y la depresión entre los trabajadores del hospital modular; cuando no hay ansiedad, la depresión moderada a grave se produce en sólo el 4,55% de los trabajadores, como la ansiedad leve (4,55 por ciento), pero aumenta hasta el 36,36% cuando hay ansiedad moderada a grave (chi2; p 0,05), y la relación entre las dos variables es directa y de intensidad moderada (rho > 0,30), pero significativa. Por último, las características sociolaborales no tienen un efecto discernible en el desarrollo de la ansiedad o la depresión entre el personal sanitario empleado en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, Arequipa 2020.

Zafra, (2021). Realizo una investigación: *"Prevalencia de ansiedad y depresión en internos de ciencias de la salud de la región Lambayeque durante pandemia por covid-19, 2020, 2021*". Llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Los participantes incluían 184 becarios (médicos, enfermeras), obstetricitas y técnicos médicos.
2. La ansiedad representó el 79,34% de los encuestados, mientras que la depresión representó el 88,04 por ciento. La edad media fue de 24 años, y sólo el 24,46% de los individuos evaluados tenían comorbilidades; el 38,59% expresaba una baja satisfacción con la remuneración mensual; el 46,20% expresaba una baja satisfacción con la duración del internado; y más de la mitad expresaba una baja o moderada satisfacción con la EPP. El 93.48 percentil manifestaron un nivel de preocupación media – alta por contraer COVID-19 y el 78.26 percentil tienen alto nivel de preocupación por contagiar a su familia,
3. Los autores concluyeron que la ansiedad estaba asociada a factores relacionados con la pandemia, como la falta de una EPP adecuada y la preocupación por infectarse a sí mismos y a los miembros de la familia con COVID-19, mientras que la depresión estaba asociada al sexo femenino y a la insatisfacción con el aprendizaje adquirido.

Anticona & Maldonado, (2017*). Realizaron una investigación: "Niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del H. Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2017.* Concluyeron lo siguiente:

1. El 69 por ciento de los trabajadores experimentó depresión, que se clasificaba como leve (37,34%), moderada (24,90%) o grave (6,90%). (7,47 percentil). El setenta y cinco por ciento de los trabajadores tenían alguna forma de ansiedad: leve (31,53 por ciento), moderada (34,02 por ciento) o grave (34,02 por ciento) (10,38 percentil). La depresión se clasificaba en función del género.

   Las mujeres fueron diagnosticadas de depresión leve a una tasa del 42,3%, mientras que los hombres fueron diagnosticados a una tasa del 31,53%. Los hombres con ansiedad moderada tuvieron una prevalencia del 34,23%, mientras que las mujeres con ansiedad leve y moderada tuvieron una prevalencia del 33,85% en ambos casos. Según el tiempo de servicio en el rango de uno a diez años, el porcentaje más alto de personas con depresión fue del 77,98 por ciento. El porcentaje más alto de personas con ansiedad fue del 74,31% en el mismo rango. Con un 34,70 por ciento y un 35,16 por ciento, respectivamente, el grupo laboral formado por graduados en enfermería tiene la mayor tasa de ansiedad y depresión.

Nivel regional

Doroteo, (2015) realizó un estudio denominado: *Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015".* El estudio empleó un diseño descriptivo observacional, prospectivo y transversal, con 36 profesionales de enfermería de los centros que pertenecen a la Micro red Amarilis, como tamaño de la muestra. El estudio empleó el Inventario de Ansiedad de Beck, la prueba de Depresión de Beck y un cuestionario sociodemográfico, que dio lugar a los siguientes resultados finales: Las 30 enfermeras asignadas recibieron una puntuación media del 83 por ciento para el estrés

moderado, las 24 enfermeras recibieron una puntuación media del 66 por ciento para la ansiedad mínima y las 12 enfermeras recibieron una puntuación media del 33 por ciento para la depresión leve. Los resultados son estadísticamente significativos.

2.2 Bases teóricas

2.2.1Ansiedad

2.2.1.1 Teoría cognitiva de la ansiedad de Beck

Se parte de la idea de que el sujeto, a lo largo de su desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación-arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser ideosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud (Jarret y Rush, 1988). Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985):

1. Inferencia arbitraria - Visión catastrófica: Es el avance catastrófico o la valoración, que no está respaldada por pruebas suficientes, de ciertos peligros anteriores considerados extremadamente peligrosos por el tema.

2. Maximización: Los individuos tienen más probabilidades de percibir que están en mayor riesgo de daño.

3. Minimización: Percibir las amenazas físicas y sociales en una percepción gravemente disminuida.

2.2.1.2 Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang

La teoría de Lang de los tres sistemas de respuesta se convirtió en la teoría dominante en la conceptualización, el tratamiento y la evaluación de la ansiedad con el tiempo. (C. Monteagudo, J. Inglés y otros…2012), citado a (Lawyer & Smitherman, 2004).

Según esta teoría, la ansiedad se basa en un sistema de respuesta de tres niveles: conductual o motor, fisiológico y cognitivo. Desde la propuesta de Lang, ha ganado amplia aceptación. La propuesta de Lang se basó en sus observaciones de las investigaciones sobre la técnica de desensibilización sistemática como tratamiento de la ansiedad fóbica. Las primeras observaciones desvitalizaron el modelo unitario de la emoción, indicando que las correlaciones entre las medidas conductuales, fisiológicas y cognitivas de la ansiedad y el miedo han disminuido. A diferencia del modelo unidimensional, que requiere tiempo para que las distintas medidas se corran, el modelo multidimensional modifica todas ellas simultáneamente como resultado del tratamiento. Sin embargo, los datos de Lang indicaron que lo que estaba sucediendo era principalmente debido a las respuestas divergentes de los tres sistemas. Por lo tanto, esta teoría modifica la noción de ansiedad como un concepto unitario proponiendo que se manifiesta como un sistema de respuesta triple, con componentes cognitivos, fisiológicos y motores. (M. Tobal, C. Vindel 2002). Además, según Lang, el modelo también es ampliable o válido para el resto de las emociones.

El autor de esta investigación también cita a (Barlow, 2002) y (L. Bellak, E. Lombardo 1984) donde estos tres componentes entran en contacto (cognitivo, fisiológico y motor), se han conceptualizado de la siguiente manera:

a.) Respuesta cognitiva:

La ansiedad normal se caracteriza por pensamientos preocupantes, sentimientos de miedos y amenazas, mientras que la ansiedad psicopatológica se caracteriza por un aumento de la amenaza y puede manifestarse como trastornos de pánico generalizados. Abarca tanto imágenes muy específicas como pensamientos cataclísmicos en respuesta a un problema.

b.) Respuestas fisiológicas:

El sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso somatológico experimentan un aumento de la actividad, que forma parte de la función neuroendocrina del sistema nervioso central. Es interesante tener en cuenta que este aumento se produce simultáneamente con el aumento de la actividad electrodinámica, la actividad cardiovascular, la frecuencia respiratoria y/o el tono muscular esquelético.

c.) Respuestas motoras:

Los aumentos de las respuestas cognitivas y fisiológicas dan lugar a cambios significativos en las respuestas motoras, que anteriormente se clasificaban como directas e indirectas. Los temores, los tics, la angustia motora, el tartamudeo y los gestos innecesarios son ejemplos de respuestas directas. Esto puede incluir una disminución de la precisión motora y el tiempo de reacción, dificultades para realizar tareas complejas, disminución de las habilidades de percepción y, por último, problemas con la memoria a corto plazo. El término "respuesta indirecta" se refiere a los comportamientos relacionados con la ansiedad de escape o evitación que suelen no estar totalmente bajo el control del ser humano. Las respuestas a la ansiedad en los otros componentes (cognitivos y fisiológicos) actúan como estímulos discriminatorios, lo que pone las bases para la aparición de respuestas posteriores como la evitación o el escape.

2.2.1.3 Cinco criterios para distinguir a la ansiedad según Beck

(Clark & Beck, 2012), proponen cinco criterios para separar el miedo de la ansiedad. Aunque no todos los criterios se aplican a todas las situaciones, se pueden distinguir varias de estas características:

Cognición disfuncional.

Según los principios de la teoría de la ansiedad cognitiva, el miedo y la ansiedad anormales surgen como resultado de un supuesto falso que da lugar a una evaluación incorrecta del riesgo en una situación no confirmada.

Ejemplo: ver un Rottweiler solo que se dirige hacia uno con los dientes visibles y pelos parados en una calle solitaria puede generar este pensar “Estoy en alto riesgo de ser atacado; me alejo rápidamente de aquí”. El miedo es natural, ya que proporciona una interpretación razonable de lo que se vio. Por otro lado, la ansiedad provocada al ver a un perro caminar con un collar que atrapa a su propietario es anormal: se activa el modo de amenaza, por ejemplo: “Estoy en peligro”, a pesar de que la visualización indique que ésta es una situación “no amenazante”. En el último caso, sospechamos que el individuo sufre una fobia específica de los animales.

Deterioro del funcionamiento

La ansiedad altera la gestión eficaz y adaptativa de las amenazas, así como aspectos críticos de la vida social y profesional diaria. El miedo puede a veces paralizar a un individuo en una situación peligrosa.

(Barlow, 2002): La ansiedad altera la gestión eficaz y adaptativa de las amenazas, así como aspectos críticos de la vida social y profesional diaria. El miedo puede a veces paralizar a un individuo en una situación peligrosa.

Según el (DSM-IV-TR. 2002), “menciona que la angustia o interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional (o académico) o con las actividades sociales y relacionales”, es un criterio de diagnóstico crítico para la mayoría de los trastornos de la ansiedad.

Persistencia.

La ansiedad dura mucho más de lo habitual. La ansiedad fomenta una perspectiva de futuro, lo que da lugar a la anticipación del daño (Barlow, 2002). El individuo ansioso experimenta un mayor sentido de la aprehensión subjetiva al contemplar una amenaza potencial inminente, independientemente de si se produce.

Hipersensibilidad a los estímulos

El miedo es una "respuesta aversiva provocada por un estímulo" (Clark & A. Beck, 2012), menciona a (Öhman & Wiens, 2004), donde se refiere a una señal externa o interna percibida como una amenaza. Sin embargo, el miedo se infunde en los estados clínicos por una variedad de estímulos o situaciones con una baja intensidad de amenaza que pueden ser percibida como insegura por los individuos. (Clark & A. Beck, 2012) señalan a (A. Beck & Greenberg, 1988), Mientras que la mayoría de la gente sentiría miedo al enfrentarse a una serpiente cuyo veneno es el más letal del mundo para los seres humanos, el paciente con aracnofobia fue remitido a nuestra clínica después de presentar una intensa ansiedad, incluso una crisis de angustia, al enfrentarse a un tejido de ardilla mínimo.

Falsas Alarmas

Las falsas alarmas son comunes en los trastornos de la ansiedad. (Clark & Beck, 2012) cita a (Barlow 2002) "conceptualiza como miedo o pánico visible que se da en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido"

Una crisis de angustia espontánea y sin estímulo que la provoque constituye uno de los mejores ejemplos de una "falsa alarma". Sin signos de aviso o provocación menor, la presencia de crisis de emergencia intensas indica la presencia de un estado clínico. Una crisis de angustia espontánea y sin estímulo que la provoque constituye uno de los mejores ejemplos de una "falsa alarma". Sin signos de aviso o provocación menor, la presencia de crisis de emergencia intensas indica la presencia de un estado clínico.

2.2.1.4 Síntomas de la Ansiedad

Síntomas motores

- Temblores en las manos
- Constricciones o sensación agitada.
- Tensión o dolor en los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil

Síntomas de Hiperactividad vegetativa

- Difusión de sensaciones asociadas a la respiración
- Taquicardia o palpitaciones.
- Sudoración repentina o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Nauseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta.

Síntoma de Hipervigilancia.

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.

2.2.1.5 Principales trastornos de Ansiedad

2.2.1.5.1 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Definición:

Este trastorno se define por una ansiedad persistente y generalizada que no se limita o predomina en ninguna circunstancia ambiental concreta (es decir, es una "ansiedad libre de flotar").

Causas:

Como en el caso de muchas enfermedades mentales, la causa del trastorno de la ansiedad generalizada es más probable que sea una interacción compleja de factores biológicos y ambientales. Estos factores pueden incluir los siguientes:

- Diferencias en la química y la función del cerebro
- Genética
- Diferencias en la forma de percibir las amenazas
- Desarrollo y personalidad

Diagnostico:

Para al menos varias semanas consecutivas, el paciente debe presentar síntomas diarios de ansiedad. Además, deben estar presentes los siguientes elementos:

1. Aprensión (Se preocupa por las catástrofes inminentes, por la sensación de estar en el límite por la dificultad de concentración, etc.).
2. Tensión muscular (agitación psicomotora y ansiedad, dolores de cabeza por tensión, tremor e incapacidad para relajarse).
3. Hiperactividad vegetativa (edema, sudoración excesiva, taquicardia o taquicardia, dolor epigástrico, vértigo y boca seca) son algunos de los posibles síntomas.

Los niños muestran una necesidad de seguridad y somatología recurrente. Aunque la presencia transitoria de otros síntomas, especialmente la depresión, seguida de un diagnóstico primario de trastorno de la ansiedad generalizada no excluye un diagnóstico primario de trastorno de la ansiedad generalizada, no se deben cumplir los criterios para el episodio depresivo (F32), el trastorno de la ansiedad fóbica (F40), el trastorno de la ansiedad (F41) o el trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

2.2.1.5.2 Trastorno ansioso depresivo (F41.2)

Hay síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos es lo suficientemente dominante o grave como para justificar un diagnóstico separado. La ansiedad grave seguida de una depresión leve requiere la admisión a una de las subcategorías de trastorno de la ansiedad o ansiedad fóbica. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos están presentes y son lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico individual, ambos trastornos deben agruparse juntos y excluirse de esta categoría. Si un diagnóstico es necesario sólo por razones de codificación, la depresión debe tener prioridad. Los síntomas vegetativos (tumores, palpitación, sequedad de boca, malestar epigástrico, etc.) deben estar presentes ocasionalmente. Si sólo se presentan síntomas vegetativos, no se debe utilizar esta categoría.

Si los síntomas que contribuyen a la resolución del trastorno están estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresante, se deben utilizar trastornos adaptativos de la categoría F43,2.

Este tipo de paciente se encuentra con frecuencia en la atención primaria y tiene una mayor prevalencia en la población general, pero la mayoría de los individuos afectados rara vez requieren atención médica o psicológica.

Síntomas del trastorno ansioso depresivo

Síntomas generales:

- Estado de ánimo decaído.
- Disgusto o incapacidad para disfrutar.
- Predominio de miedos o ansiedad.

Síntomas asociados:

- Disrupciones del sueño.
- Temblores.
- Astenia y deficiencia de energía.
- Palpitaciones.
- La incapacidad de concentrarse.
- Mareos.
- Trastornos del apetito.
- Síntomas de hinchazón del bocado.
- Pensamientos o acciones suicidas

2.2.1.5.3 Fobia Especifica F40.02

Según el DSM IV, la fobia específica es un trastorno de la ansiedad caracterizado por un miedo excesivo de un estimulante específico de naturaleza variable, como los animales, la altura, la tormenta, el agua o el vuelo.

Diagnostico

A. Las sensaciones fuertes, agudas y perennes que son excesivas o irracionales, desencadenadas por la disposición o la anticipación de un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, correr, animales, administración de inyección y visión de sangre).

B. La exposición a un nuevo estimulante casi siempre provoca una respuesta de ansiedad inmediata, que puede manifestarse como una crisis de angustia situacional o como algo más o menos relacionado con una situación específica. Los niños expresan su ansiedad mediante el llanto, la tos, la inhibición o los abrazos.

C. El individuo observa que el miedo es excesivo o irracional. Nota: Este reconocimiento puede faltar en los niños muy pequeños.

D. Las situaciones fobias se crean o mantienen deliberadamente a costa de una grave ansiedad o disconformidad.

E. Los comportamientos de evasión, la anticipación ansiosa o el malestar asociado a las situaciones temidas pueden perturbar la rutina normal de una persona, las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o causar un malestar significativo.

F. En los niños menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe ser de al menos seis meses.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden expresarse mejor que por la presencia de otro trastorno mental, como el trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, el miedo a la basura en un individuo con ideas obsesivas sobre la contaminación), el trastorno de estrés postraumático (por ejemplo, la evitación de los estímulos asociados a un evento muy estresante), o el trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, la evitación de situaciones).

2.2.1.5.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. F06.4

El trastorno de ansiedad por enfermedad antes denominada hipocondrías, término abandonado por su significación peyorativa comienza habitualmente al inicio de la edad adulta y parece ser igual de habitual entre hombres y mujeres.

Los temores del paciente pueden originarse de una interpretación errónea de síntomas físicos no patológicos o de las funciones corporales normales (ejemplo: borborigmos, gases abdominales y dolores cólicos, consciencia del latido cardíaco, sudoración).

2.2.1.6 Ansiedad en las etapas de vida

La ansiedad es uno de los trastornos más comunes en cada etapa de la vida, por lo que hablaremos de las etapas de la edad adulta y la edad avanzada en esta investigación.

La Adultez

Los trastornos de la ansiedad en la adolescencia o la primera edad pueden predecir el desarrollo de trastornos depresivos más adelante en la vida. La presencia de trastornos tanto de la ansiedad como de la fobia social durante la adolescencia aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas durante la primera edad. La estructura y la cohesión de la familia, así como los acontecimientos vitales estresantes, se han relacionado con los trastornos afectivos infantiles y adultos. (F. Parra & Sierra, 2008)

La Vejez

Dado que hay numerosos cambios vitales que se producen con la edad, experimentar ansiedad en algún momento no debe ser una causa de alarmas, ya que es un tipo de reacción común a las situaciones de estrés y sirve para alertar y activar el cuerpo a las situaciones que considera peligrosas.

El tipo más común de trastorno de la ansiedad es el trastorno de la ansiedad generalizada, que se produce cuando la preocupación y otros síntomas de ansiedad persisten con el tiempo o cuando las situaciones percibidas como amenazantes no son tan peligrosas como el individuo las percibe. Ambas situaciones impiden el desarrollo adecuado de las actividades diarias y dan lugar a un malestar físico y emocional para los afectados. En esta edad, las causas más comunes son los cambios bruscos de estilo de vida, las dificultades económicas, la proximidad a la muerte y el aislamiento social. (Madrid 2016).

2.2.1.7 Ansiedad en tiempos de pandemia COVID-19

(Psicológicos, 2020): Mencione el coronavirus (COVID-19) como un acontecimiento que cambió nuestra vida; nos confinó, nos aisló y nos mantuvo en casa en situaciones para las que no estábamos mentalmente o psicológicamente preparados.

La ansiedad se generó debido al confinamiento limitándonos a nuestros tiempos y espacios con actividades y no nos damos tiempo para nosotros mismos, para hacer contacto con nuestro ser interior. Y cuando llega este momento de recogimiento, de limitación al afuera, se ha visto que muy frecuentemente, asusta o da miedo el solo hecho de pensar que no se saldrá de casa, que no se podrá hacer todo lo que hacía con anterioridad. Es en ese momento cuando uno se detiene a revisar lo que piensa, siente o recuerda de su vida. Se genera ansiedad al:

- Sentimiento de soledad
- Tener miedo primero a la situación sanitaria y posteriormente a enfermarse
- Dando pie a un recuento del pasado. A recordar errores cometidos en el transcurso de la vida

2.2.2 Depresión

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM IV), la depresión es un trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación durante la mayor parte del día, una falta de energía o fatiga constante, y que estos síntomas se producen casi diariamente durante más de dos semanas. Puede oscilar entre un trastorno leve y un trastorno que amenaza la vida, y es uno de los trastornos psicológicos más comunes entre los adultos mayores.

2.2.2.1 Teórica cognitiva de la depresión de Beck

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007). Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento

distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

La terapia cognitiva de Beck se basa en la premisa de que el comportamiento de un individuo se determina por su punto de vista. (Beck; 1967- 1976). En otras palabras, todo lo que nos rodea está predicho por nuestra comprensión de nosotros mismos y de los demás; por lo tanto, no es la situación en sí misma lo que interfiere con nuestros comportamientos y emociones, sino nuestra percepción de ella.

Se avanzan tres explicaciones de la Depresión:

Tríada cognitiva

Su visión se compone de tres patrones distintos: su propio yo, sus experiencias y su futuro. Una visión pesimista de las propias capacidades. El individuo tiene la tendencia a minimizarse a sí mismo y a criticarse a sí mismo con atributos de sí mismos negativos; se les ve como débiles e improductivos, lo que se atribuye a sus experiencias desagradables como resultado de un defecto moral o físico, Visión apocalíptica del futuro. Anticipa circunstancias en las que cree que encontrará dificultades y sufrimiento interminables. Sus encuentros se interpretan negativamente. He tenido una visión pesimista de la vida, creyendo que los obstáculos a los que se enfrenta son insuperables, lo que le frustra.

Esquemas

Los esquemas son patrones cognitivos estables que se basan en explicaciones de la realidad. Los individuos emplean sus esquemas para clasificar y asignar significado a los acontecimientos del mundo. (Beck, 2000). Cada uno de nosotros tiene una colección de esquemas que nos permiten hacer sentido de los estímulos de forma accesible, permitiendo anticipar nuestras reacciones a las situaciones. Los esquemas cambian y evolucionan como resultado de nuestras interacciones con ellos. Los credos, como todas las demás creencias, son estructuras internas que nos permiten hacer un sentido del mundo; se forman a través de la experiencia.

Se dividen en dos grupos: Condenaciones fundamentales o nucleares: Se enmarcan como compromisos a largo plazo y globales. Son afirmaciones individuales sobre uno mismo, los demás y el mundo. Simbolizan los pensamientos más profundos y no lo saben.

Las creencias del intermediario: también no son conscientes en la persona, suelen expresarse como proposiciones condicionales como reglas "debeismo" o actitudes (Beck, 2000 Se generan como resultado de las creencias nucleares y la interacción del pensamiento automático.

Errores en el procesamiento de datos

Las distorsiones del pensamiento son las formas incorrectas en que procesamos la información sobre nuestro entorno, que pueden tener consecuencias negativas.

Son, en última instancia, el resultado de la interacción de creencias intermedias, procesos de pensamiento y circunstancias. Beck inventó el término "pensamientos negativos automáticos" para describir estos pensamientos. Becker (2000).

Las siguientes características se aplican a los pensamientos automáticos:

a) Son piezas particulares de información sobre una situación. Son bits particulares de información sobre una situacií3n.

b) Los individuos, independientemente de su irracionalidad, siempre los creerán.

c) Estos mensajes entran espontáneamente en la mente y se hacen conscientes.

d) Los individuos tienen la tendencia a exagerar los aspectos negativos de una situación.

e) Los errores sistemáticos que se producen en la mente de una persona deprimida perpetuarán su creencia en la negatividad de sus conceptos, incluso cuando se demuestra lo contrario. (A. Beck, 2000).

a) arbitrariedad de la inferencia

Engloba desarrollar la capacidad de predecir una conclusión en ausencia de pruebas.

b). Abstracción selectiva:

Se refiere al hecho de que un individuo se fija en una circunstancia fuera de lugar hasta el punto de que pasa por alto otras circunstancias significativas y verdaderas y reduce toda la situación a un segmento negativo.

c) Generalización excesiva:

Describe cómo una persona llega a una conclusión como resultado de uno o varios acontecimientos y cómo esa conclusión está conectada con las experiencias personales.

d) Maximización y minimización:

Son los encargados de determinar la magnitud de un evento que provoca una distorsión.

e) Personalización:

Es un término que se refiere a las interpretaciones autoasignadas de las circunstancias externas que carecen de una base concreta. f) Pensamiento dicotómico absolutista:

Es una reflexión de la categorización del individuo de todas sus experiencias en una o dos categorías diacríticamente opuestas.

2.2.2.2 Síntomas de la depresión

Según (Álvarez 2016), La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta a través de una colección de síntomas, con los síntomas afectivos predominan sobre los cognitivos, volitivos y físicos.

No todos los que sufren de depresión muestran los mismos síntomas.

Los síntomas varían en gravedad, frecuencia y duración según el individuo y la enfermedad.

(Barreda 2019), refiere que la (Asociación de Psicología Americana, 2014), no introdujo cambios significativos en los criterios de diagnóstico de los trastornos depresivos entre las ediciones IV y V del manual de diagnóstico; por lo tanto, los síntomas de Beck siguen siendo relevantes. Por lo tanto, el apoyo teorico actualizado para IDB-II incluye los siguientes síntomas definidos en el DSM-V de los trastornos depresivos. Tienen entre ellos:

1. La depresión es un estado mental caracterizado por la tristeza, la apaciedad y la desesperación.

2. Sufrir sentimientos de insignificante o culpa excesiva.
3. Para experimentar sentimientos de insignificante o culpa exagerada.
4. La pérdida o el aumento de peso.
5. Apnea del sueño o hipersomnio.
6. Agitación o por el contrario retraso psicomotor.
7. Casi todos los días experimentamos fatiga o una pérdida de energía.
8. Reducida capacidad de concentración y toma de decisiones.
9. Ideación e intento de suicidio.

2.2.2.3 Las causas de la depresión

La depresión no tiene una sola causa identificable. En cambio, parece que esto es el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos.

Los trastornos depresivos, según la investigación, son trastornos cerebrales. El uso de la tecnología para obtener imágenes cerebrales, como las resonancias magnéticas, reveló que las personas con depresión tienen una estructura cerebral diferente de las que no lo tienen. Las regiones del cerebro asociadas al estado de ánimo, al pensamiento, al apetito y al comportamiento parecen ser disfuncionales. Además, los neurotransmisores críticos, que son productos químicos que las células cerebrales utilizan para comunicarse, parecen estar fuera de balance. Estas imágenes no transmiten ninguna información sobre la etiología de la depresión.

2.2.2.4 Tipos de depresión

Hay varios subtipos de trastornos depresivos. Las más comunes son:

Depresión grave (enfermedad depresiva grave) presenta una serie de síntomas que disminuyen la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades anteriormente gratificantes. La depresión grave hace que el individuo no pueda funcionar normalmente. Un episodio grave de depresión puede producirse sólo una vez en la vida de una persona, pero es más común que se repita a lo largo de su vida.

- **El trastorno distímico** (Distimia) Sus síntomas duran más de dos años, son menos graves y pueden no afectar a la capacidad de una persona para vivir una vida normal o sentirse bien. Los individuos con distimia pueden experimentar uno o varios episodios graves de depresión a lo largo de su vida. Algunos tipos de depresión muestran características ligeramente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse en circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo sobre cómo clasificar y definir estos tipos de depresión. Entre ellos se encuentran los siguientes:
- **La depresión psicótica** se produce cuando una enfermedad depresiva grave coexiste con la psicosis, como la desvinculación de la realidad, las alucinaciones y los delirios.
- **Depresión posparto**, se diagnostica cuando una mujer embarazada experimenta un episodio grave de depresión durante el primer mes tras el parto. Se calcula que entre el 10% y el 15% de las mujeres experimentan depresión postparto tras el parto.
- **El trastorno afectivo estacional,** Aunque el trastorno afectivo estacional se trata eficazmente con la terapia de luz, aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden a la terapia de luz sola. Los antidepresivos y la psicoterapia pueden utilizarse por sí mismos o en combinación con la terapia de luz para aliviar los síntomas del trastorno afectivo estacional.

2.2.2.5 Depresión en diferentes etapas de la vida

La depresión se manifiesta de forma diferente en diferentes personas en función de su edad.

Los adultos jóvenes más deprimidos son irritables, se quejan por el aumento de peso y el insomnio, y tienen una visión pesimista de la vida y del futuro. Además, suelen coincidir con otros trastornos, como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno de pánico y los trastornos de consumo de sustancias.

Los adultos mayores Los individuos deprimidos pueden experimentar un aumento de los episodios depresivos, una disminución de la libido, pesadillas o despertares temprano por la mañana. Además, pueden informar de síntomas gastrointestinales más frecuentes, como la diarrea o la constipación

Los adultos deprimidos suelen experimentar tristeza o dolor, pero también pueden presentar otros síntomas menos obvios. Pueden ser indicativos de una deficiencia emocional en lugar de un estado de ánimo deprimido**.** Además, los adultos mayores tienen más probabilidades de sufrir enfermedades o dolores adicionales que puedan contribuir o causar depresión. Los problemas de memoria y pensamiento (denominados pseudodementia) pueden ser destacados en casos graves.

2.2.2.6 Diagnóstico de la depresión

Criterios del DSM-IV para diagnosticar un episodio depresivo importante

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas deben haber persistido durante al menos dos semanas e indicar un cambio en el funcionamiento en relación con el funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o capacidad de placer:

1. Casi todos los días, la mayor parte del día, en estado de depresión.
2. Una marcada disminución del interés o el disfrute de todas, o casi todas, las actividades.
3. Pérdida o ganancia de peso significativa (por ejemplo, un cambio de peso de más del 5% en un mes) o un aumento o disminución del apetito casi diario).
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Hay agitación o deceleración psicomotora casi todos los días (observable por otros).
6. Casi a diario, fatiga o falta de energía.
7. Sentencias insignificantes o culpabilidad excesiva o insuficiente (casi diarias).
8. A casi cada día, la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones disminuye.

9. Se encuentran con frecuencia pensamientos o intentos suicidas.

B. Los síntomas no se ajustan a la descripción de un episodio mixto.

C. Los síntomas no son causados directamente por sustancias psicoactivas o enfermedades médicas.

D. Los síntomas no son causados directamente por sustancias psicoactivas o enfermedades médicas.

E. Los síntomas no se explican mejor por el dolor (por ejemplo, los síntomas persisten durante más de dos meses tras la muerte de un ser querido o están acompañados de una disminución funcional notable, preocupación mórbida por la inutilidad, pensamientos suicidas, síntomas psicóticos o deceleración psicomotora).

El manual discute la depresión en varias etapas de gravedad: leve, moderada, grave no psicótica, psicótica (delirios o alucinaciones) y en remisión parcial. La gravedad de los síntomas está más relacionada con el ajuste psicosocial del paciente que con su intensidad intrínseca. Sanz y Vázquez (1995).

2.2.2.6.1 Criterios de diagnóstico del trastorno distímico adulto según el DSM-IV

A. Para al menos dos años, un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con más días con tal estado que días sin él, como indican las explicaciones subjetivas o las observaciones de otros.

B. Mientras está deprimido, existen al menos dos (o más) de los siguientes síntomas:

1.Deficit de autoestima.

2.Deficit o exceso de apetito.

3.Apnea del sueño o hipersomnio.

4. La incapacidad de concentrarse o hacer juicios sólidos.

5. fatiga o una deficiencia de energía.

6.A lo largo del periodo de dos años de la perturbación, nunca estuvo sin síntomas A y B durante más de dos meses consecutivos.

C. Nunca estuvo sin síntomas A y B durante más de dos meses consecutivos durante el periodo de dos años de la perturbación.

D. Sin experimentar un episodio depresivo significativo durante los dos primeros años del trastorno.

E. Nunca ha tenido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco; por lo tanto, no cumple los criterios de ciclotimia.

F. No siempre se asocia con un trastorno psicótico crónico.

G. No se debe a una sustancia psicoactiva ni a una enfermedad.

H. Los síntomas provocan incomodidad o una disminución clínicamente significativa en las áreas sociales, ocupacionales u otras vitales. Es posible especificar si es:

1. El término "aparición temprana" se refiere a un inicio que se produce antes de la edad de 21 años
2. Si el inicio se produce después de la edad de 21 años, se denomina aparición tardía.

   Además, puede especificarse si

2.3 Bases conceptuales

Definiciones de la ansiedad

La ansiedad se define como una respuesta anticipatoria a un daño futuro o una humillación, acompañada de una disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o comportamientos evitadores. (Ministerio de Salud y Consumo, 2008).

Kuong, (2017) cita a Navas (1989): “Dado que la ansiedad es un estado emocional, se asocia con los sentimientos, las reacciones, las sensaciones fisiológicas y los comportamientos de una persona. Así mismo la ansiedad es entendida como “un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos”

Lang *(*2002*)*: “es una respuesta emocional que un individuo tiene a situaciones que considera peligrosas o amenazantes.”

Kiriacou *y* Sutcliffe. *(*1987*)*: “es una respuesta fisiológica patológica (por ejemplo, la cochera, la ansiedad o la depresión) asociada a cambios fisiológicos potencialmente patológicos. (cargas hormonales, aumento de la frecuencia cardíaca, etc.)”

Lazarus (1976*):* "La ansiedad es una emoción humana natural que mejora el rendimiento y la adaptabilidad en entornos sociales, laborales y académicos en circunstancias normales. Es fundamental movilizarnos ante situaciones potencialmente peligrosas o concernientes para tomar las precauciones necesarias para evitar, neutralizar, asumir o tratar adecuadamente el riesgo."

Beck (1985) "se refiere a la percepción de un individuo en un nivel incorrecto, basada en premisas erróneas."

Spielberg (1984), "el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación, y descarga del sistema nervioso autónomo"

Rachman (1984), se refiere a la naturaleza irracional de la ansiedad, que es el resultado de situaciones genuinas sin peligro.

Definiciones de la depresión

Navarro (1990) La depresión altera la creatividad y disminuye la motivación para el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades previamente disfrutadas.

Rojas (2006) dice que "Las depresiones son un grupo de trastornos psicológicos hereditarios o adquiridos caracterizados por síntomas específicos y caracterizados por cambios negativos somato psicológicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y asertivos."

Covid-19

(Instituto del cancer 2020) El SARS-CoV-2 es una enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS. Se cree que el virus se transmite de persona a persona a través de gotículas dispersadas cuando una persona infectada tose, tose o habla. También puede transmitirse tocando una superficie infectada por el virus y luego tocando la boca, nariz o los ojos, pero esto es menos común.

Personal asistencial

El personal de asistencia, alternativamente denominado servicio de asistencia, es un término acuñado por el gobierno federal en 2013. Es la prestación directa de servicios médicos, dentales, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, así como de métodos de diagnóstico y tratamiento para fines

médicos y auxiliares, con el objetivo de mantener o restaurar la salud de los pacientes.

Centro de Salud

(Bembibre, 2010): Los Centros de Salud son una versión pequeña de los hospitales, cuentan con los elementos y recursos básicos para curaciones, pero no disponen de tecnologías ni de espacios que hay en los hospitales.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Ámbito

El presente estudio se hizo en el departamento de Huánuco y provincia de Huánuco.

La investigación se realizó en el C.S.A.P.M, situado a 12 kilómetros de la capital del departamento en el distrito de Pillco Marca del Jr. La calle 2 de San Diego (s/n) es una estructura de dos plantas construida con hormigón bien acabado y espacioso. Con un nivel de clasificación de I-3. También tiene su propia localidad en la que se proporcionan medicina general, odontología, enfermería, obstetricia, psicología, medicina veterinaria, laboratorio, farmacia, atención de emergencia y atención a los niños las 24 horas del día. También tiene 05 postes de apoyo por satélite situados en las localidades de Pitumama, Vichaycoto, Potracancha, chicchuy y Predio Tingo.

3.2 Población

Según Arias (2016), “la población o población objetivo, “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esto se define por el problema y los objetivos del estudio”

La población de la investigación está constituida por 156 personales asistenciales del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco.

3.3 Muestra

En esta investigación se empleó el muestreo no probabilístico de tipo censal, el cual según (Tamayo & Tamayo, 2007) es aquella donde toda la muestra es toda la población. Es decir, la muestra censal de esta investigación es de 114 personales asistenciales del C.S.A.P.M., considerando los criterios de inclusión y exclusión; quienes hacen el 100% de la muestra no probabilística. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) manifiestan que la muestra no probabilística es un subgrupo de la población en la que la elección del elemento no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

Criterio de inclusión

- Personal asistencial que está realizando el internado en su profesión
- Personal asistencial nombrado
- Personal asistencial contratado
- Personal asistencial de sexo femenino y masculino
- Personal asistencial que firmo el consentimiento

Criterio de exclusión

- Personal asistencial que no está realizando el internado en su profesión
- Personal asistencial que no desea participar
- Personal asistencial en estado de gestación
- Personal asistencial con licencia de salud o discapacidad temporal
- Personal asistencial que no firmo el consentimiento

3.4 Nivel y tipo de estudio

3.4.1 Nivel de estudio

Según (Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R, 2014), Esta investigación es de naturaleza descriptiva; se ocupa de definir las propiedades, características y perfiles de los individuos, grupos,

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se estudia. En otras palabras, no están destinados a indicar la relación entre conceptos o variables; más bien, están destinados a medir o recoger información sobre los conceptos o variables a los que se refieren de forma independiente o en combinación.

Es un estudio transaccional porque los datos se reúnen en una sola sesión. (Lui, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.4.2 Tipo de estudio

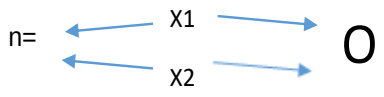
El tipo de investigación es aplicada. (Baptista, P, Fernández, C y Hernández, R. 2006) "plantean respecto este estudio que puede identificarse como "aquel tipo que tienes fines prácticos en el sentido de solucionar problemas detectados en un área del conocimiento. Se asocia con la aparición de necesidades o problemas particulares y el deseo del investigador de abordarlos." (p.103)

3.5 Diseño de investigación

El diseño de la investigación no es experimental, ya que las variables no están sometidas al control de los investigadores, sino a un diagnóstico y una observación de fenómenos naturales que el autor analizará. (Hernández, Fernández y Baptista (2006).

Además, es descriptivo, con un diseño descriptivo simple, porque los datos se reúnen y analizan a lo largo de un período de tiempo determinado. Los datos se recogerán mediante inventarios psicométricos y se analizarán mediante gráficos de frecuencia y porcentaje.

DISEÑO DE ESTUDIO



n = profesionales de la salud

X1= Ansiedad

X2= Depresión

3.6 Métodos y técnicas o instrumentos

3.6.1 Métodos

Se utiliza el método de observación directa.

Según Tamayo (2007) la observación directa "es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación" (p. 193) Como resultado, esta técnica de recogida de datos se utilizó en este estudio porque es coherente con la realidad de la investigación y proporciona información permanente sobre lo que ocurre en el entorno.

3.6.2 Técnicas

Las técnicas usadas para la investigación son:

Psicométrica: Según (Rust y Golombok, 2009) Como resultado, esta técnica de recogida de datos se eligió para este estudio porque es coherente con la realidad de la investigación y proporciona información continua sobre lo que está sucediendo en el entorno.

Encuesta: según (Sampieri et. al., 2003). La encuesta consta de una serie de preguntas relativas a una o varias de las variables que se miden. El propósito de una encuesta puede ser descriptivo o explícito. Esta técnica recogerá datos sobre nuestras variables (ansiedad y depresión), lo que nos permitirá determinar su estado actual y responder a las preguntas planteadas anteriormente.

Fichaje: Según Lucarelli y Correa "Se trata de separar piezas importantes de información para gestionarlas independientemente de su texto de origen. Esta técnica puede dar lugar a nuevas estructuras organizativas para el tema estudiado; las relaciones establecidas con otros archivos nos permitirán añadir más contenido sobre la variable a nuestro marco teórico.

3.6.3 Instrumento

En la presente investigación se usaron los siguientes instrumentos:

- Escala De Automedición De Ansiedad Del Zung
- Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

ESCALA DE AUTO MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG – EAA

FICHA TÉCNICA

AUTORES: C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene.

NOMBRE DE LA PRUEBA: Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung

OBJETIVOS: evalúa los niveles de Ansiedad

FORMA DE APLICACIÓN: individual y colectiva

TIEMPO: Aproximadamente 15 minutos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la puntuación obtenida en el test, se va a pasar a localizar en qué nivel de ansiedad se encuentra. Menos de 45: Normal 45 a 59: Moderada 60 a 74: Severa 75 a más: Máximo.

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG – BAND

FICHA TÉCNICA

Nombre del Instrumento : Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

Autor : William W. K .Zung

Estandarización : William W. K. Zung (1965)

Tiempo de aplicación : En promedio de 10 -15 min

La Escala de Autoevaluación para la depresión del Zung fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión:

- El efecto dominante
- Los equivalentes fisiológicos
- Otras perturbaciones
- Actividades psicomotoras

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49, rango normal

- 50-59, ligeramente deprimido
- 60-69, moderadamente deprimido
- 70 a más, severamente deprimido

Zung, W.W (1965) A Self – rating depression Scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento

Validez:

Zung en 1965 valida las escalas tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como la Auto evaluación de la depresión, la aplica a un grupo de paciente de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnósticos depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándares antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional, e ingresos económicos.

Validez regional - ansiedad:

Se empleó la versión de Sánchez Jara, Marco Antonio en su proyecto de Tesis titulada "Niveles de ansiedad en madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar del distrito de Quisqui – Huánuco 2014", la validación del Instrumento se obtuvo a través de la opinión y análisis de expertos en la materia, quienes dictaminaron que los instrumentos en aplicarse han sido diseñados con el rigor científico 51 pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue dicho estudio . Se observó los índices de discriminación de cada ítem, los cuales indican una buena discriminación de la mayoría de los ítems, por evidenciar un coeficiente mayor a 0.20 según Klein, 1985.

Validez regional – depresión:

Se empleó la versión de Cámac Briceño, Estefany en su proyecto de Tesis titulada "Niveles de depresión en madres adolescentes de 12 a 19 años en los puestos de salud de Huánuco 2020", la validación del Instrumento se obtuvo a través de la opinión y análisis de expertos en la materia, quienes concluyeron que los instrumentos an aplicarse fueron diseñados con el rigor científico, pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue dicho estudio.

Confiabilidad regional - ansiedad:

Se utilizó el alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad de la versión de Sánchez Jara, de Marco Antonio. El alfa de Cronbach es un procedimiento que analiza la homogeneidad de la variable utilizando las variaciones de cada elemento. Obtener un resultado superior a 0,70 indica un nivel adecuado y aceptable de fiabilidad, es decir, el instrumento es coherente con los resultados de nuestra investigación.

Confiabilidad regional – depresión:

El alfa de Cronbach, utilizado para determinar la fiabilidad de Cámac Briceño, Estefany, es un procedimiento que analiza la homogeneidad de la variable utilizando las variaciones de cada elemento. Obtener un resultado superior a 0.79 indica que el instrumento tiene un nivel adecuado y aceptable de fiabilidad, es decir, el instrumento es coherente con los resultados de nuestra investigación.

3.8 Procedimiento

En la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco se llevó a cabo el procedimiento administrativo para aprobar el proyecto de tesis.

Se hicieron acuerdos con el director del centro sanitario Aclas Pillco Marca para obtener los datos del estudio. Después, se hizo la presentación al personal asistencial.

Antes de aplicar los instrumentos, se obtuvo un consentimiento informado del personal sanitario que recogió la muestra. Los individuos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio indicando su voluntad de hacerlo.

La aplicación se evaluó en función de los criterios de inclusión y exclusión; se proporcionarán los instrumentos de medición de la investigación, junto con una explicación de la primera prueba. “Ansiedad¨-Zung, seguidamente la prueba de Depresión.

La base de datos se creó a la conclusión de la aplicación.

Por último, los resultados se analizaron e interpretaron para el presentar informe de investigación.

3.9 Tabulación y análisis de datos

Después de recoger los datos para el estudio, se realizó el análisis correspondiente utilizando estadísticas descriptivas e insertando los puntos para cada miembro del personal asistencial en nuestra muestra. Después, los datos se procesarán para determinar el resultado. Además, los resultados se presentarán en tablas y gráficos estadísticos creados mediante un programa informático.

Las siguientes son las tablas y gráficas que se presentarán:

- Muestra estudiada según dimensiones
- Muestra estudiada según edad
- Muestra estudiada según genero
- Muestra estudiada según área de servicio

3.10 Consideraciones éticas

Para iniciar el proceso de evaluación se presentó un documento de consentimiento informado a las autoridades del C.S.A.P.M que deberán responder manifestando su acuerdo o desacuerdo.

Asimismo, se les presentó el proyecto de investigación que deberá incluir el fundamento teórico, los objetivos, el procedimiento a realizar, el instrumento de evaluación y duración.

También se explicó las medidas de confidencialidad que se tendrán en cuenta durante la investigación. Todos los participantes que formen parte del proyecto de investigación serán previamente informados de proceso y otorgarán su consentimiento verbal antes de participar, de lo contrario, no se entregará el cuestionario. Al finalizar el proyecto de investigación, se entregará los resultados de la evaluación a las autoridades correspondientes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación y análisis de resultados

A continuación, mostramos los resultados encontrados de los 114 personales asistenciales evaluados como parte de la muestra que perteneciente al Centro de Salud Aclas Pillco, Huánuco; resultados que analizamos, interpretamos y discutimos.

Tabla 1. Niveles de Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2019.

	DEPRESIÓN									
ANSIEDAD	NORMAL		LIGERAMENTE DEPRIMIDO		MODERADAMENTE DEPRIMIDO		SEVERAMENTE DEPRIMIDO		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
NORMAL	32	28.1	9	7.9	5	4.4	0	0.0	46	40.4
MODERADO	40	35.1	12	10.5	5	4.4	0	0.0	57	50.0
SEVERO	8	7.0	2	1.8	1	0.9	0	0.0	11	9.6
MÁXIMO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	80	70.2	23	20.2	11	9.6	0	0.0	114	100.0

Fuente: Escala de Zung EAA y Escala de Zung BAND.

Como se observa en la tabla N° 01. En lo que se refiere a los niveles de ansiedad del personal asistencial, se encontró con mayor nivel de ansiedad moderado 50% (57). Seguido con el nivel severo 9.6% (11) y nivel normal 40.4% (46); a diferencia de los niveles de depresión, un 20.2% (23) se encontraron con un nivel ligeramente deprimido, el 9.6% (11) moderadamente deprimido y el 70.2% (80) presentaron un nivel normal de depresión.

Gráfico 01. Niveles de Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2019.

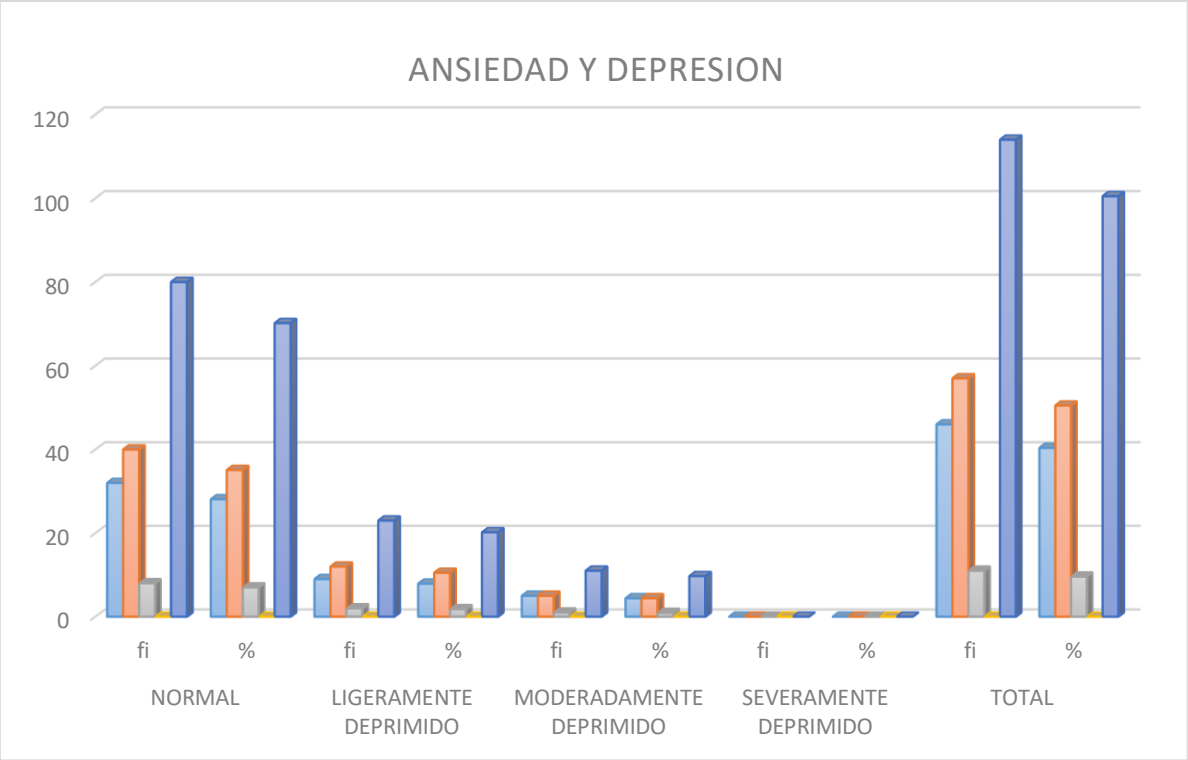


Tabla 2 Niveles de Ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	DIMENSIONES					
	AFECTIVO		SOMÁTICO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	19	16.7	27	23.7	46	40.4
MODERADO	23	20.2	34	29.8	57	50.0
SEVERO	4	3.5	7	6.1	11	9.6
MÁXIMO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	46	70.2	68	59.6	114	100

Fuente: Escala de Zung EAA.

Se puede observar en la tabla N° 02, respecto a las dimensiones de Ansiedad, encontrándose que en un 29.8% (34) del personal asistencial se encontraron con niveles de ansiedad moderado y 6.1% (7) con ansiedad severa en la dimensión somática. El 20.2% (23) nivel moderado y, el 3.5% (4) severo en la dimensión afectiva.

Gráfico 02. Niveles de Ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

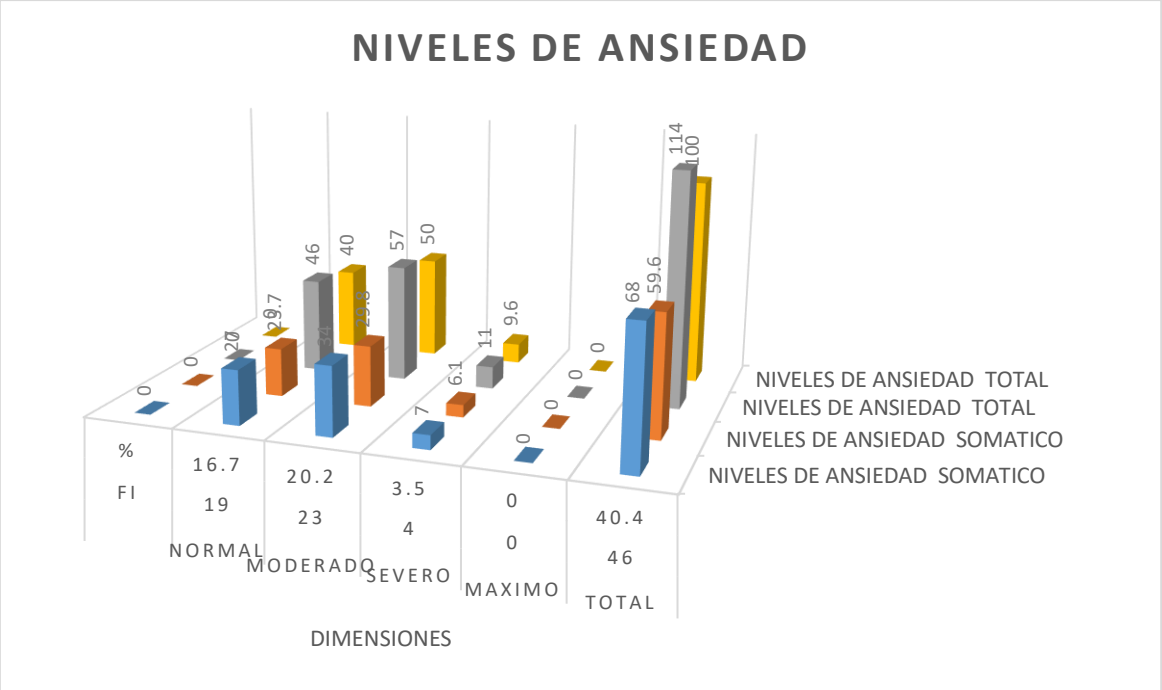


Tabla 3. Niveles de Ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

	EDAD									
NIVELES	23-33		34-43		44-53		54-63		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
NORMAL	9	7.9	9	7.9	5	4.4	23	20.2	46	40.4
MODERADO	12	10.5	12	10.5	5	4.4	28	24.6	57	50.0
SEVERO	2	1.8	2	1.8	1	0.9	6	5.3	11	9.6
MÁXIMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	23	20.2	23	20.2	11	9.6	57	50.0	114	100

Fuente: Escala de Zung EAA.

En la tabla N° 03 Podemos observar que el grupo de edades del personal asistencial con mayores niveles de ansiedad se encontraron entre las edades de 54 a 63 años (50%), específicamente el 24.6% presentaron ansiedad moderada y 5.3 % severo. Entre las edades 34 a 43 años (20.2 %), donde se especifica que el 10.5 % presentaron ansiedad moderada y 1.8% severo. Entre las edades de 23 a 33 años (20.2%), el 10.5% presentaron ansiedad moderado y 1.8% severo. Finalmente, entre las edades 44 a 53 (9.6%) el más bajo porcentaje, el 4.4% presentaron ansiedad moderada y 0.9% severo.

Gráfico 03. Niveles de Ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

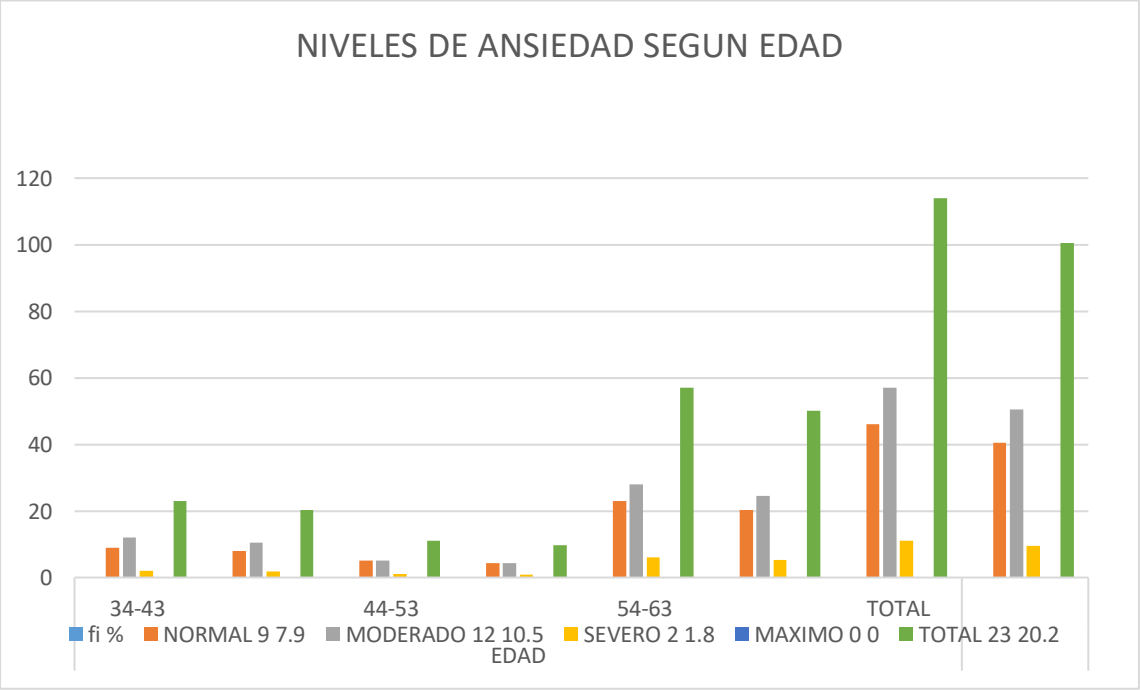


Tabla 4. Niveles de Ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	GENERO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	19	16.7	27	23.7	46	40.4
MODERADO	23	20.2	34	29.8	57	50.0
SEVERO	4	3.5	7	6.1	11	9.6
MÁXIMO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	46	40.4	68	59.6	114	100

Fuente: Escala de Zung EAA.

Se puede observar en la tabla N° 04. En cuanto al género del personal asistencial con niveles de ansiedad; 59.6 % pertenecen al género femenino, 29.8% presentaron ansiedad moderada y el 6.1% severo; el 40.4% pertenecen al género masculino, el 20.2% presentaron ansiedad moderada y 3.5% severo.

Gráfico 04 Niveles de Ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

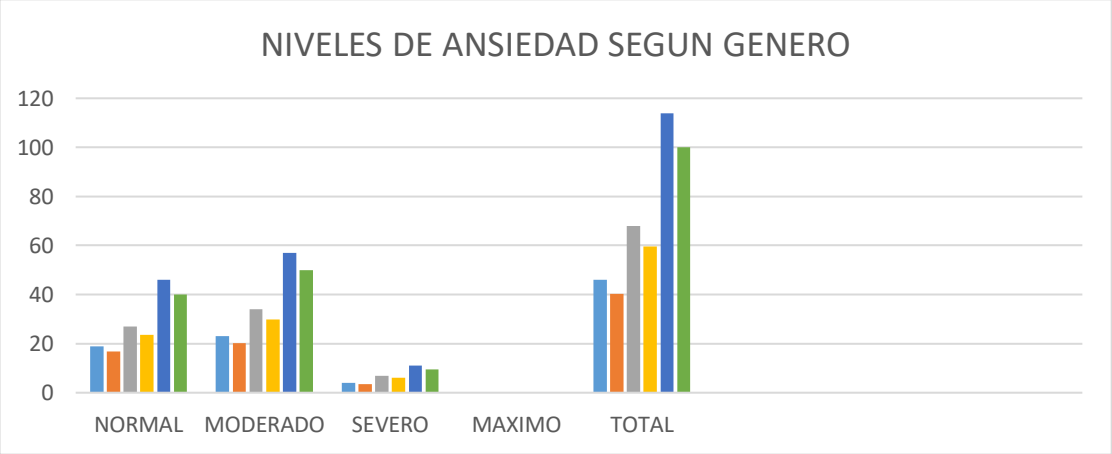


Tabla 5. Niveles de Ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	AREA DE SERVICIO															
	ENF.		OBS.		MED.		TEC.		ODONT.		LAB.		PSIC.		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
NORMAL	16	14	9	7.9	3	2.6	11	9.6	2	1.7	3	2.6	2	1.7	46	40.0
MODERADO	19	17	12	10.5	4	3.5	13	11.4	2	1.7	4	3.5	3	2.6	57	50.0
SEVERO	4	4	2	1.7	1	0.9	3	2.6	1	0.9	0	0.0	0	0.0	11	9.6
MAXIMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	39	35	23	20.2	8	7.0	27	23.7	5	4.4	7	6.1	5	4.4	114	100

Fuente: Escala de Zung EAA.

En la tabla N° 05, En cuanto al área de servicio del personal asistencial, el personal de enfermería presenta niveles de ansiedad, con un 34.2% donde el 16.7% presentaron ansiedad moderada, 3.5% severo y 14% normal. En el personal técnico de enfermería, se muestra un 24 %, en el cual 11.4% presentaron ansiedad moderada, 2.6% severo y 10% normal. Un 20.2% pertenecen al personal de obstetricia, el 10.55 presentaron ansiedad moderada, el 1.7% severo y 8% normal. Un 7% pertenecen al personal de medicina, en el que 3.5% presentaron ansiedad moderada, 0.9% severo y 3% nivel normal. Tenemos que 6.1% pertenecen al personal de laboratorio, el 3.5% presentaron ansiedad moderada; 4.4% pertenecen al personal de odontología, el 1.7% presentaron ansiedad moderada y el 0.95 severo; 4.4%

pertenecen al personal de psicología, el menor porcentaje de 2.25 presentaron ansiedad moderada.

Gráfico 05 Niveles de Ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

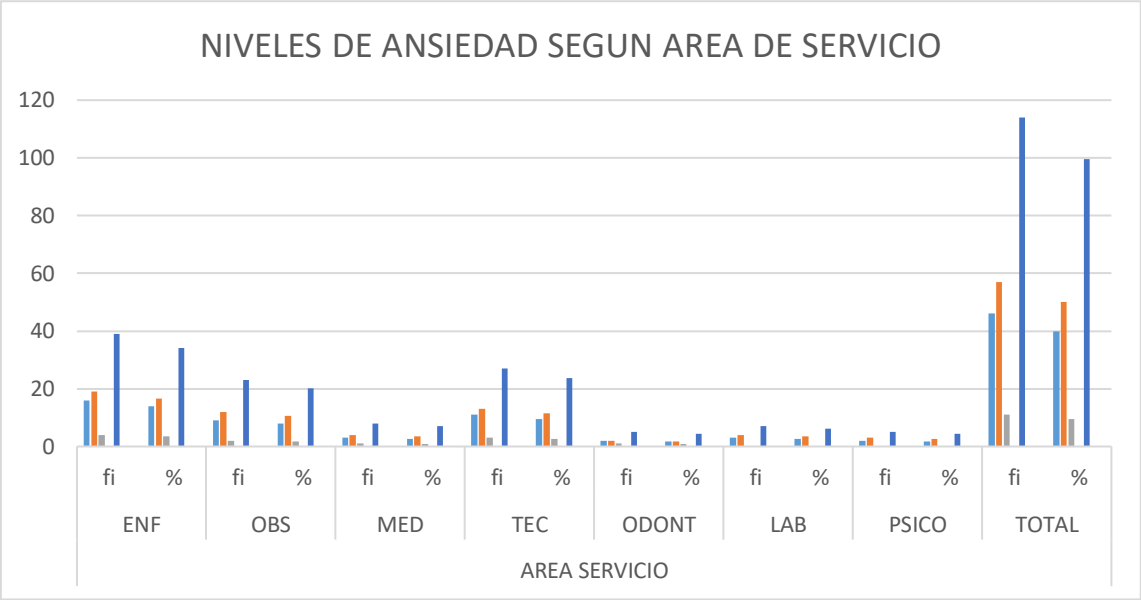


Tabla 6. Niveles de Depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES DE DEPRESIÓN	DIMENSIONES							
	COGNITIVO		AFECTIVO		SOMÁTICO		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	25	21.9	28	24.6	27	23.7	80	70.2
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	7	6.2	8	7.0	8	7.0	23	20.2
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	4	3.5	4	3.5	3	2.6	11	9.6
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	36	31.6	40	35.1	38	33.3	114	100

Fuente: Escala de Zung BAND.

Como se observa en la tabla N° 06, Para el caso de las dimensiones de depresión se encontró que un mayor de 7% (8) del personal asistencial se encontraron ligeramente deprimido en la dimensión afectiva y 3.5% (4) moderadamente deprimido; el 7% (8) ligeramente deprimido y 2.6% (3) moderadamente deprimido en la dimensión somática; el 6.1% (7) ligeramente deprimido y 3.5% (4) moderadamente en la dimensión cognitivo.

Gráfico 06 Niveles de Depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

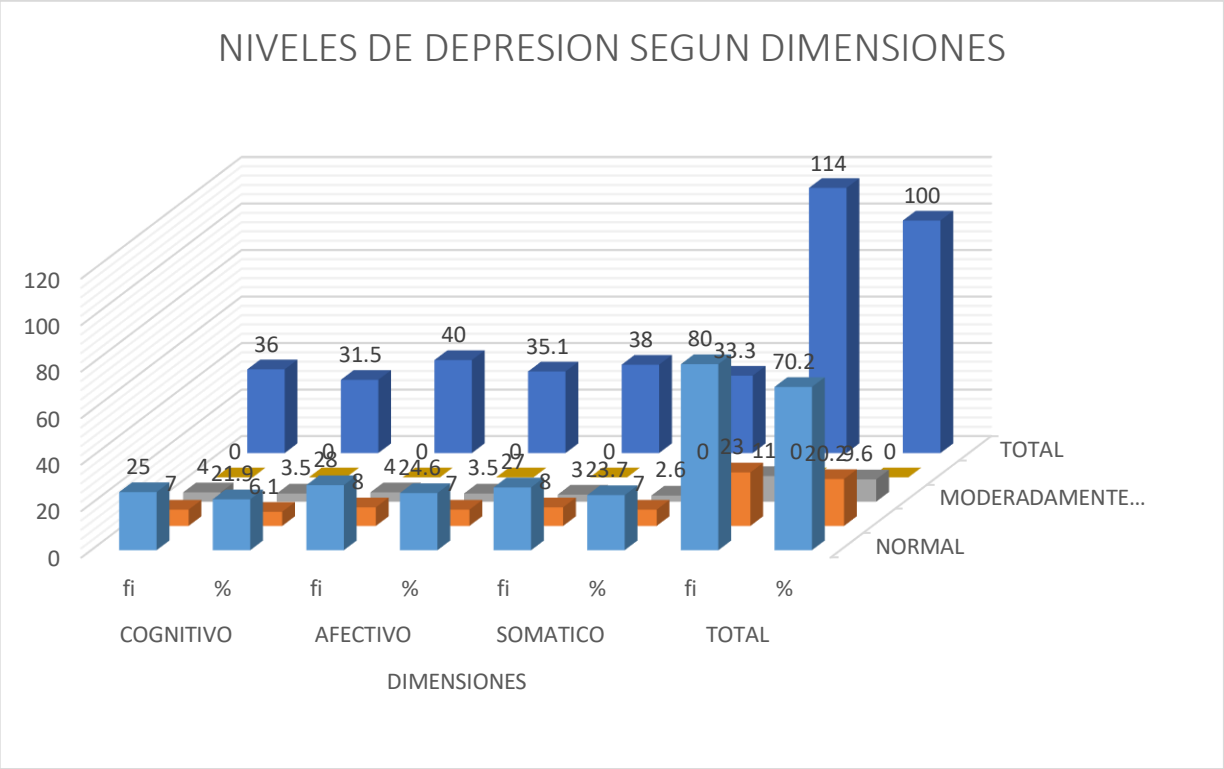


Tabla 7. Niveles de Depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	EDAD									
	23-33		34-43		44-53		54-63		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
NORMAL	16	14.4	16	14.4	8	7.0	40	35.1	80	70.2
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	5	4.4	5	4.4	2	1.8	11	9.6	23	20.2
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	2	1.8	2	1.8	1	0.9	6	5.3	11	9.6
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	23	20.2	23	20.2	11	9.6	57	50.0	114	100

Fuente: Escala de Zung BAND.

En la presente tabla N° 07, En el grupo de edades del personal asistencial con niveles de depresión se encontraron entre las edades de 54 a 63 (50%), el 9.6% se encontraron ligeramente deprimiditos y 5.3% moderadamente deprimidos; entre las edades de 34 a 43 años (20.2%), el 4.4% se encontraron ligeramente deprimidos y 1.8% moderadamente deprimidos; así mismo entre las edades de 23 a 33 años (20.2%), el 4.4% se encontraron ligeramente deprimidos y 1.8 % moderadamente deprimidos; finalmente entre las edades de 44 a 53 años (9.6%), el 1.8% se encontraron ligeramente deprimidos y 0.9% moderadamente deprimidos.

Gráfico 7 Niveles de Depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

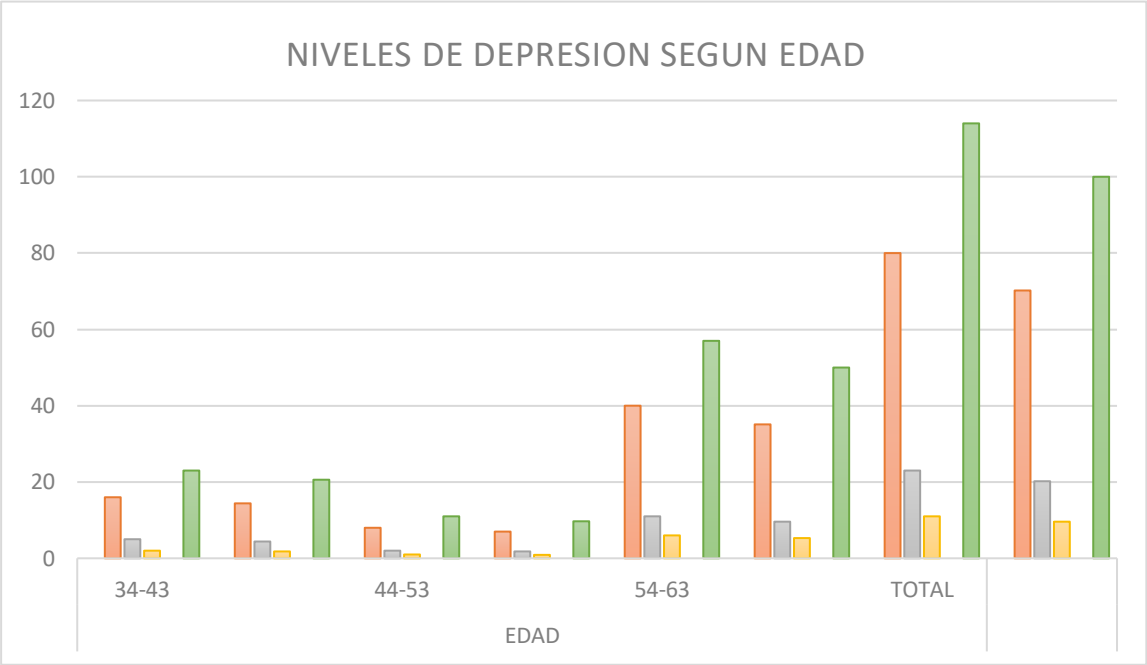


Tabla 8. Niveles de Depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	GENERO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NORMAL	32	28.1	48	42.1	80	70.2
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	9	7.9	14	12.3	23	20.2
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	5	4.4	6	5.2	11	9.6
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	46	40.4	68	59.6	114	100

Fuente: Escala de Zung BAND.

Como se observa en la tabla N° 08, En cuanto al género del personal asistencial con niveles de depresión; 59.6% pertenecen al género femenino, el 12.3% se encontraron ligeramente deprimido y 5.2% moderadamente deprimido; 40.4% pertenecen al género masculino, el 7.9% se encontraron ligeramente deprimidos y 4.4 % moderadamente deprimidos.

Gráfico 08. Niveles de Depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

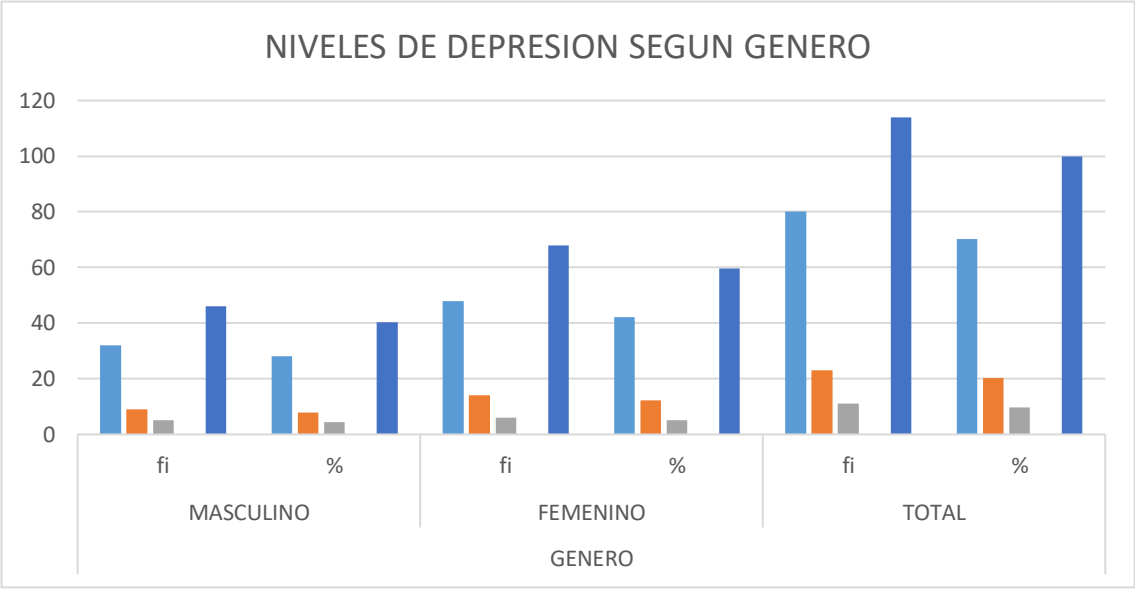


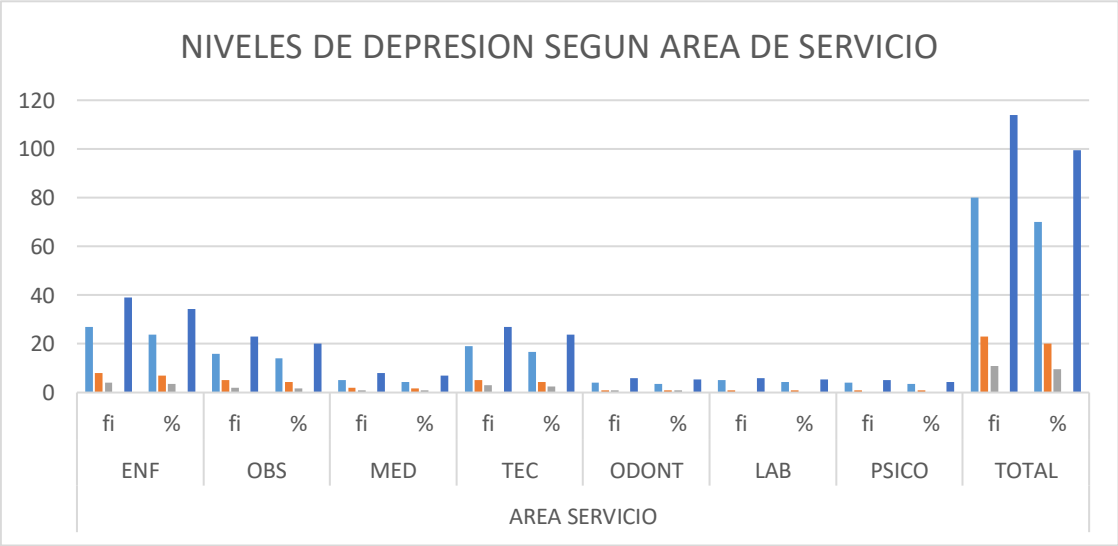
Tabla 9. Niveles de Depresión según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.

NIVELES	AREA DE SERVICIO															
	ENF.		OBS.		MED.		TEC.		ODONT.		LAB.		PSIC.		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
NORMAL	27	23.7	16	14.0	5	4.4	19	16.7	4	3.5	5	4.4	4	3.5	80	70.2
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	8	7.0	5	4.4	2	1.7	5	4.4	1	0.9	1	0.9	1	0.9	23	20.2
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	4	3.5	2	1.7	1	0.9	3	2.6	0	0.0	1	0.0	0	0.0	11	9.6
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	39	34.2	23	20.2	8	7.0	27	23.7	5	4.4	7	6.2	5	4.4	114	100

Fuente: Escala de Zung BAND.

En la presente tabla N° 09, En relación al área de servicio del personal asistencial con niveles de depresión; el 34.2% son personal de enfermería, el 7% se encontraron ligeramente deprimidos, el 3.5 moderadamente; el 23.7% son personal técnico en enfermería, el 4.4% se encontraron ligeramente deprimidos y 2.6% moderadamente; el 20.2% son personal de obstetricia, el 4.4% se encontraron ligeramente deprimidos y 1.7% moderadamente; 7% so personal de medicina, el 1.7% se encontraron ligeramente deprimidos y 0.9% moderadamente; el 6.2% son personal de laboratorio, el 0.9% se encontraron ligeramente deprimidos y 0.9 moderadamente; 4.4% son personal de odontología, el 0.9% se encontraron ligeramente deprimidos; finalmente el 4.4% son personal de psicología, el 0.9% se encontraron ligeramente deprimidos.

Gráfico 09. Niveles de Depresión según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del C.S.A.P.M, Huánuco 2019.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

La presente tesis titulada Ansiedad y depresión en tiempos de COVID-19 en personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021, se realizó en una muestra de 114 trabajadores, en un contexto de pandemia sanitaria y de atención presencial permanente, donde las investigaciones (Zafra, 2021; Antícona & Maldonado,2017; Miranda & Murguía, 2021) reportan el nivel de preocupación media – alta del personal asistencial por contraer COVID-19, tienen alto nivel de preocupación por contagiar a su familia y otros indicadores de deterioro de la salud mental.

Con respecto al objetivo general trazado (tabla 1) los niveles de ansiedad y depresión hallados en el personal asistencial, se encontró que un promedio general de 59.6% del personal asistencial evaluados en tiempos de covid-19, presentaron un nivel de ansiedad moderada (50%), severo (9.6%). A diferencia del 29.8% del personal asistencial que presentaron un nivel de depresión ligeramente deprimido (20.2%), moderadamente deprimido (9.6%).

En tal sentido, Clark y Beck en su teoría señalan que la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias percibidas como acontecimientos impredecibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. Por otra parte, según el DSM-IV anuncia que la depresión es el trastorno afectivo caracterizado por

sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de 2 semanas, cuya gravedad va desde el trastorno leve hasta otros que amenazan la vida, siendo uno de los trastornos psicológicos más habituales entre los adultos mayores.

Los hallazgos de este estudio son similares a los encontrados en otras investigaciones previas como la de Hassannia (2021) ya que en su estudio encontró un 65.6%, presentó síntomas de ansiedad moderada y graves, 42.3% presentó síntomas de depresión moderada y graves. Así mismo, Mahmud, Hossain, Muyeed, Islam, & Mohsin, (2021) encuentran cifras significativas prevalencia de depresión del 37,12% y prevalencia de ansiedad de 41,42 en personal de salud. Las cifras más altas de depresión en los estudios antes citados podrían deberse a que la muestra pertenecía a hospitales con atención a pacientes críticos, en nuestra muestra estudiada es un Centro asistencial de menor nivel y no atención de pacientes críticos. Resultados muy distintos muestra, Rivera en el (2021) en su investigación informa que, el 96.34% del personal de salud presentaron bajo nivel de ansiedad, seguido del 3.66% con ansiedad moderada; con respecto a la depresión el 73.17% no presentaron depresión, seguido del 20.73% con depresión leve, el 3.66% tuvieron depresión intermitente, mientras que solo el 2.44% con depresión moderada.

En lo concerniente al objetivo específico 1 (tabla 2), destaca la presencia de la dimensión somática con 29.8 % seguido de la dimensión afectiva con 20.2%, ambos en el nivel moderado, es decir como parte de la evaluación de situaciones amenazantes, tienden a somatizar o generar respuestas fisiológicas. Al respecto es de esperar la presencia de dolores de

cabeza, se cansan fácilmente, sufren molestias estomacales, están nerviosos, con temor y pánico; esto se relaciona a lo ya mencionado por Clark y Beck (2012) quienes señalan en los criterios para distinguir la ansiedad con relación a la cognición funcional y el deterioro del funcionamiento, pues menciona la activación (esquemas) sobre la amenaza y los errores en el procesamiento de la información lo cual provoca miedo notable y excesivo. Dichos resultados se relacionan con los de Miranda & Murguía (2021) ya que 64,1% de los participantes relataron nerviosismo y 59,2% cansancio, esto se relaciona con lo encontrado en nuestra investigación con relación a nuestras dimensiones de la ansiedad.

En el objetivo específico 2 (tabla 3) el 50% de la muestra se ubica en el rango de edad de 54-63 años, lo que podría interpretarse que es en la etapa de madurez media y tardía debido a la experiencia de vida porque se profundiza en el sentido de la muerte, en lo que se tiene y se puede perder, lo que es explicado por Madrid (2016) menciona que las causas más frecuentes que se presentan en esta edad son los cambios bruscos en el estilo de vida, problemas económicos, proximidad a la muerte y el aislamiento. El resultado encontrado en nuestra investigación no guarda relación con la de Hassannia (2021) ya que aquí la prevalencia de ansiedad fue significativamente mayor en los de 30 a 39 años que en otros grupos de edad, probablemente se debe a que pertenece a otra realidad.

En el objetivo específico 3 (tabla 4) Se pudo hallar que el género femenino tiene mayor prevalencia de ansiedad con un 59.6%, el 29.8% presentaron ansiedad moderada y el 6.1% severo. Lo que podría interpretarse que las mujeres tienen mayor responsabilidad en casa, como el cuidado de los

hijos, miedo a que sus familiares se enfermen, con sobrecarga de responsabilidades que obliga a experimentar mayor estrés. Las cifras guardan relación con el estudio de Aguilar (2020) titulada: Niveles de ansiedad y depresión en el personal sanitario del Hospital modular Virgen del Chapi - Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020" donde indica que el 78,18% de las mujeres participaron en este estudio presentando ansiedad y depresión. En cuanto a los varones tiene un porcentaje menor con un 40.4%, 20.2% presentaron ansiedad moderada y 3.5% severo, de igual forma guarda relación ya que también en esta investigación son los hombres que tienen un bajo porcentaje con un 21, 12% que participaron y que padecen ansiedad y depresión.

En el objetivo 4 (tabla 5) Destaca el mayor y el menor porcentaje de ansiedad en los servicios, en el servicio de enfermería se presenta con mayor porcentaje con un 34.2%. Mientras que el servicio de psicología presenta el menor porcentaje con un 4.4%, esto debido a que los profesionales de la salud mental tienen manejo de técnicas de afrontamiento a la ansiedad y estrategias de control. En lo concerniente al servicio de enfermería se podría interpretar que este porcentaje se debe a la exposición directa a pacientes contagiados, lo que genera pensamientos anticipatorios de peligro y muerte de los pacientes contagiados. Al respecto Sevilla y Ferré (2013) sostienen que la muerte es una experiencia única y personal cuya vivencia a través del otro nos acerca a su conocimiento y comprensión. Igualmente, Doroteo (2015), en su investigación encuentra que el 66% presenta ansiedad en el personal de enfermería reafirmando la vulnerabilidad de este servicio.

Con respecto a la variable depresión, el objetivo 5 (tabla 6) muestra un 20.2% con relación al nivel ligeramente deprimido, 7%, en la dimensión afectiva, en la dimensión cognitiva el porcentaje mayor es el 6,1%, mientras tanto en la dimensión somática un 7%, Alvares (2016) indico que la depresión, es un trastorno de humor, conformado por un conjunto de síntomas con predominancia afectiva, frente a los de tipo cognitivo, volitivo y físico, frente a lo cual se podría decir que un sector importante del personal presenta un descenso en el estado de ánimo. La presente investigación se distancia del estudio de Anticona & Maldonado, (2017) por la diferencia de resultados, mientras nuestro estudio presenta porcentajes bajos de depresión, la investigación de este autor presenta porcentajes altos como: leve (37,34%), moderada (24,90%) o grave (6,90%) debido que procede de un hospital de mayor complejidad.

En referencia el objetivo específico 6 (tabla 7) el 50% de la muestra se ubica en el rango de edad de 54-63 años, lo que podría interpretarse como una etapa de mayor susceptibilidad a sufrir enfermedades físicas de riesgo, posibilidad de pérdida de familiares que obligarían a una tendencia hacia la tristeza. El 20,2% de la muestra se ubica en el rango de edad de 34 a 43 años, y en el rango de 23 a 33 años lo que quiere decir que las personas más jóvenes están más protegidas contra la depresión quizás porque se sienten más seguros frente a las enfermedades.

En relación al objetivo específico 7 (tabla 8) el 50,6% de la población en la que se puede evidenciar un mayor índice de depresión es en el género femenino, a diferencia de un 40,4% que pertenece al género masculino en donde existe depresión ligera, , en tal sentido encontramos una relación con

la investigación de *Anticona & Maldonado, (2017)* donde se concluye que las mujeres fueron diagnosticadas de depresión leve a una tasa del 42,3%, mientras que los hombres fueron diagnosticados a una tasa del 31,53%. lo que se entiende que la mujer al tener mayores responsabilidades siente presión de velar por su familia, y hace que sean propensas a sufrir de depresión.

En lo referente al objetivo específico 8 (tabla 9) podemos mencionar que el personal de enfermería que comprende el 34,2% muestran el mayor índice de depresión entre ligera y moderada a comparación de las demás áreas siendo las áreas de odontología y laboratorio que presentan un menor índice de 0,9% de una ligera depresión, podemos encontrar una semejanza en la investigación realizada por Hassannia (2021) en donde los médicos y enfermeras tenían tasas de ansiedad y depresión significativamente mayores que las de otras ocupaciones. A pesar de las diferentes realidades donde se realizó dicha investigación se puede evidenciar notablemente una depresión significativa en médicos y enfermeros que estuvieron en primera línea de atención frente a esta pandemia.

CONCLUSIONES

Deduciendo el estudio según los objetivos planteados se llegaron a estas conclusiones:

1. En la presente investigación se encontró niveles de Ansiedad y Depresión en el personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021, en tiempos de COVID–19. En la población estudiada se evidencia que el 50% indicaron tener ansiedad moderada y el 9.6% severo; por otro lado, el 20.2% se encontraron ligeramente deprimido y el 9.6% moderadamente deprimido.
2. Según la dimensión somática de los niveles de ansiedad, el 29.8% de la muestra estudiada evidencia nivel de ansiedad moderada y el 6.1% severo; de los cuales, en la dimensión afectiva el 20.2% ´presentaron ansiedad moderada y el 3.5% severo, derivada por las respuestas propias del organismo frente a la situación vivida.
3. Según edad con mayor porcentaje el 50% de la muestra estudiada fueron entre las edades de 54 a 63 años; donde el 24.6% indicaron ansiedad moderada y el 5.3% severo, desarrollado por la propia vulnerabilidad que se presentaban en estas edades el COVID–19.
4. Según el género con mayor porcentaje de 59.6% de la muestra estudiada fueron de género femenino; donde el 29.8% manifestaron tener ansiedad moderada y el 6.1% severo; el 40.4% fueron de género masculino, los cuales el 20.2% presentaron ansiedad moderada y el 3.5% severo, debido a la asociación al deterioro a la salud mental de ambos géneros por la preocupación generada por el COVID-19.

5. Según el área de servicio laboral con mayor porcentaje de 34.2% fueron del área de enfermería; por ende, el 16.7% presentaron ansiedad moderada durante el COVID-19 y el 3.5% severo, seguido el área técnica de enfermería con 23.7%: donde el 11.4% presentaron ansiedad moderada y 2.6% severo, debido por la misma congestión de pacientes que acudían para la atención y el cuidado del COVID-19.
6. Según las dimensiones de los niveles de depresión; en la dimensión afectiva (35.1%) el 7% se encontraron ligeramente deprimidos y el 3.5% moderadamente deprimido, en la dimensión somática (23.7%) el 7 % se encontraron ligeramente deprimidos y el 2.6% moderadamente deprimido, en la dimensión cognitivo (31.6%) el 6.1% se encontraron ligeramente deprimidos y el 3.5 moderadamente deprimido por los tiempos del covid-19, dadas por la presencia a los estímulos externos e internos personales que afrontan a la sintomatología cognitivo, afectivo y somático propia a la atención y cuidado de los pacientes con COVID-19.
7. Según edad con mayor porcentaje de 50% de la muestra estudiada pertenecen entre las edades de 54 a 63 años, los cuales 9.6% se encontraron ligeramente deprimidos y 5.3% moderadamente deprimido, siendo este un sector del personal de salud el cual presenta un descenso en el estado de ánimo.
8. Según el género, un porcentaje mayoritario de 59.6% de la muestra estudiada pertenecen al género femenino; de los cuales el 12.3% se encontraron ligeramente deprimido y el 5.2% moderadamente deprimido durante el tiempo de COVID-19, reflejando a las

probabilidades de sentir mayor riesgo que los de género masculino que indicaron el 7.9% ligeramente deprimido y 0.9% moderadamente deprimido. Esto debido a la sobrecarga emocional que tienen las mujeres con relación a las actividades que realizan.

9. Según el área de servicio, con porcentaje de 34.2% corresponde al área de enfermería; por tanto, el 7% se encontraron ligeramente deprimido y 3.5% moderadamente deprimido, seguido el área técnica de enfermería con 23.7% de los cuales, el 4.4% se encontraron ligeramente deprimido y 2.6% moderadamente deprimido durante el COVID-19; por las consecuencias de la intensidad de la atención y cuidado de los pacientes contagiados

RECOMENDACIONES

1. Al Director del Centro de Salud, en base a los resultados de la investigación, permitir la implementación de un Programa de promoción de la salud mental, para reducir la prevalencia de la ansiedad y la depresión en el personal sanitario que trabaja en tiempos de pandemia como el COVID-19.
2. A la Jefatura de Personal del Centro asistencial: priorizar un plan de intervención dirigido especialmente al personal en etapas de madurez, que se muestran más sensibles a padecer de ansiedad y depresión por la misma situación de atención cercana a los pacientes COVID-19.
3. A la Jefatura del Departamento de Enfermería: incluir en su programa de capacitación anual, la participación de psicológicos para brindar herramientas cognitivas, de relajación, dinámicas motivadoras del trabajo en equipo, empatía me mejores la calidad de atención y estabilidad emocional de las profesionales en tiempos de COVID-19.
4. Los profesionales de la salud que prestan atención a los pacientes durante el brote de COVID-19 deben practicar técnicas de relajación, meditación y mindfulness para evitar los factores de riesgo asociados a la ansiedad o la depresión laboral.
5. A la Universidad Hermilio Valdizán, considerar en el curso de Psicología Organizacional, la elaboración de programas de intervención para prevenir y promocionar la ansiedad y depresión en el personal asistencial de primera línea que necesita estar preparado en el control emocional frente a situaciones de riesgo y muerte de pacientes por pandemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arranz, & L. San Molina, (2010) Comprender *la Depresión*. Barcelona: Editorial Amat, S.L.

Acosta, & Iglesias. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a covid-19. Revista. Neuropsicológica,

Aguilar, J. (2020). *Niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital modular virgen del Chapi - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020. T*esis de Licenciatura. Arequipa: Universidad Católica De Santa María.

Anticona, E., & Maldonado, M. (2017). *Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017. T*esis de Licenciatura. Huancayo: Universidad del centro del Perú.

Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra Clínica. Revista. De Investigación de Psicología, 39.

Beck, A. (1967). En Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. Revista: Nueva York: Harper & Raw.

Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive terapy of depression*. Nueva York.

Clark, D. A., & beck, A. (2012). T*erapia cognitiva de la ansiedad*. Bilbao, España: L Desclée De Brouwer, S.A.

Dal Poz Mr, K. Y. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, organización mundial de la salud.

Díaz Kuaik, L. (2018 - 2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica Ust, 42-50.

Dorote0, §. L. (2015). *"Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria. Amarilis*: Tesis de Licenciatura. Huánuco: Universidad de Huánuco.

Elizondo, R. A. (25 de mayo de 2005). *Estudio sobre ansiedad*. Barcelona: Revista Psicológica Cientifica.com, 1. o/

Fernández Parra, A., & Sierra, J. C. (2008). *Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. Scielo - Scientific Electronic Library online*, 189-196. Barcelona: Editorial Amat, S.L.

Hassannia, L., Zarghani, M., Fathi, M., Dehghan, N., Taghizadeh, F., Taghizadeh, H., . . . Medayatizadeh, A. (marzo de 2021). *Ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud y la población en general durante el covid-19 en Iran: un estudio transversal.* Revista: Neuropsychopharmacology Editorial: Reports, 41(1), 40-49.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación científica*. Mc Graw Hill.

Ildefonso, B. C. (2017). *Generalidades de la neurobiología de la ansiedad*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 239-251.

Vallejo J, A. B. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (séptima edición ed.). Barcelona, España: Masson.

Loayza, h. (2021). A*nsiedad Y Depresión en Personal de Salud DEL Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Diagnosticados de Covid- 19, Arequipa 2021.* Arequipa: Universidad Católica de Santa María.

Londoño, J., Redondo, M., & Velásquez, L. (2020). *Ansiedad y Depresión durante la emergencia sanitaria del covid-19 en personal asistencial activo en instituciones de salud en santander.* Tesis de pregrado. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.

Lozano-varga, a. (2020). *Impacto de la epidemia del coronavirus (covid-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China*. Revista de Neuropsiquiatría, 5.

Madrid, A. P. (2016). *Ansiedad en la vejez*. Revista: Aesthesis, L.

Mahmud, S., Hossain, S., Muyeed, A., Islam, M., & Mohsin, M. (2021). *The global prevalence of depression, anxiety, stress, and, insomnia and its changes among health professionals during covid-19 pandemic: a rapid systematic review and meta-analysis.* Revista: Heliyon, 1-21.

MINSA. (2019). Ministerio de salud. Obtenido de ministerio de salud atendió 200 mil casos de salud mental. Revista MINSA

Miranda, R., & Murguia, E. (2021). *Síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermeros de covid-19.* Revista: International journal of medical and surgical sciences, 1-12.

Nizama, a. (2021). *Covid-19 en el Perú: Ansiedad y depresión:* Tesis de pregrado. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola.

OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de día mundial de la salud mental. Revista MINSA

Pichot, P., & Otros., J. J.-I. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Revista: American Psychiatric Association De Washington, España: Editorial: Masson, S.A.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). *Ansiedad, depresión y salud.* Revista: Suma Psicológica, 15(1), 43-73.

Psicológicos, I. S. (2020). *La ansiedad en tiempos de pandemia. Instituto superior de estudios psicológicos,* Revista: Suma Psicológica, 1-3.

Rivera, L. (2021). *Niveles de Depresión y Ansiedad en el Personal de Salud Vacunado Contra el Covid-19 del Hospital de Apoyo Camana - Arequipa 2021*. *T*esis de Licenciatura. Arequipa: Universidad Católica De Santa María.

Rodríguez, J. H. (2020). *Impacto de la covid-19 sobre la salud mental de las personas.* Revista: Medicentro electrónica, 2.

Saucedo, I. C. (2014). *Un estudio sobre la ansiedad*. Ciudad de Juarez: ICSA.

Tamayo, & Tamayo, M. (2007). *El proceso de la investigación científica.* México: Limusa.

Tr, M. D.-I. (2005). *Trastornos de ansiedad*: En m. D.-i. Tr, manual diagnóstico y trastornos mentales (págs. 7-124). Revista: España. Editorial: Masson.

Zafra, J. (2021). *Prevalencia de ansiedad y depresión en internos de ciencias de la salud de la región Lambayeque durante pandemia por Covid-19, 2020-2021*. *T*esis de Licenciatura. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

ANEXOS

ANEXO N° 01:

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA
Problema General: - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? **Problema Específico:** - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad	**Objetivo General:** • Determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. **Objetivo Específico:** • Describir los niveles de ansiedad según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Identificar los niveles de ansiedad según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Describir los niveles de ansiedad según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco	ANSIEDAD DEPRESIÓN	**Técnicas:** ✓ Fichaje ✓ Observación ✓ Entrevista ✓ La encuesta **Instrumentos:** ✓ Escala automedicion de Zung EAA ✓ Escala automedicion de Zung BAND	**NIVEL:** ***Descriptiva***, se ocupa de definir las propiedades, características y perfiles de los individuos, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea objeto de análisis. En otras palabras, no están destinados a indicar cómo se relacionan los conceptos o las variables; más bien, están destinados a medir o recoger información de forma independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (Baptista, P, Fernández, C y Hernández, R. (2014)

según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según generó en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud	2021. • Conocer los niveles de ansiedad según área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Describir los niveles de depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Identificar los niveles de depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Describir los niveles de depresión según género en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021. • Conocer los niveles de depresión según área de servicio en tiempos de			**TIPO:** ***Cuantitativo***, como se basa en la medición numérica, el recuento y, a menudo, en el uso de estadísticas para establecer con precisión los patrones de comportamiento de una población. (, Fernández y Baptista 2010). **MÉTODO:** ***Descriptivo***, la observación directa "es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación" (p. 193) (p. 193) por lo tanto, en la presente investigación se utilizará esta técnica de recolección de datos por que se ajusta a la realidad de la investigación y ofrecen información

Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de depresión según dimensiones en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de depresión según edad en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de depresión según generó en	covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.			permanente de lo que ocurre en el entorno. Tamayo (2007) **DISEÑO:** ***Descriptivo simple.*** • **Representación simbólica:** **n** **X1** **X2** **O** **Leyenda:** n= Muestra de los profesionales de salud, X1= ansiedad X2= depresión O= el nivel de ansiedad y depresión

tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021? - ¿Cuáles son los niveles de depresión área de servicio en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021?				

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	VALOR POR DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
V1 Ansiedad	La ansiedad es una emoción negativa que se experimenta como una amenaza, como un temor lleno de precursores negativos, porque los miedos provienen de una variedad de fuentes. . (Rojas, 2014).	Afectivo	Respuesta de los ítems: 1,2,3,4 y 5.	Nominal	Normal 20-45	Escala de Automedición de Ansiedad de Zung – EAA.
		Somático	Respuesta de los ítems: 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20.		Moderado 46-59	
					Severo 60-74	
					Máximo 75-89	
	La depresión es una exageración	Cognitivo	Respuesta de los ítems: 1,2,11,12,13,16,17,18 y 20.	Nominal	Normal 25-49	Escala de Autoevaluación

V2 Depresión	crónica de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad grave que dura varias semanas o meses y afecta tanto a la mente como al cuerpo. (San molina y Aranz, 2010)	Afectivo	Respuesta de los ítems: 3,9,15 y 19.		Ligeramente deprimido 50-59	para Depresión de Zung – BAND .
		Somático	Respuesta de los ítems: 4,5,6,7,8 y 10.		Moderadamente deprimido 60-69	
					Severamente deprimido 70-mas	
Variables Interviniente s	• Edad: Reunificación de grupos de adultos jóvenes, adultos y adultos mayores (23 - 63). • Género: Masculino y Femenino • Área de Servicio: Enfermería, Obstetricia, Medicina, Tec. Enfermería, Odontología, Laboratorio, Psicología.					Ficha Sociodemográfica

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante: Elvis daniel Huerto Bravo

Investigadores responsables: Helen Ingrith, Chavez Matos, Adrián Enrique, Garay Velásquez y Julio Daniel, Luna Cabello.

Título del proyecto: Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación que se está estudiando: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca.

YO ENTIENDO QUE:

A) Los riesgos derivados de este estudio son mínimos, debido a que se realizara el registro de datos a través de procedimientos estandarizados y correctamente validados para su uso.

B) Yo podré retirarme de esta investigación y revocar mi consentimiento en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique.

C) Los resultados de esta investigación pueden ser publicadas, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitad por ley.

D) Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido obligado o forzado, por lo que doy mi consentimiento para que se administre las pruebas señaladas.

Fecha: 02/09/21

Elvis Daniel Huerto Bravo
Lic. Enfermería
C.E.P. 95723

Fecha Firma del participante

ANEXO N° 03:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante: Lic Wenceslao Pozo Tucto

Investigadores responsables: Helen Ingrith, Chavez Matos, Adrián Enrique, Garay Velásquez y Julio Daniel, Luna Cabello.

Título del proyecto: Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación que se está estudiando: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pillco Marca.

YO ENTIENDO QUE:

A) Los riesgos derivados de este estudio son mínimos, debido a que se realizara el registro de datos a través de procedimientos estandarizados y correctamente validados para su uso.

B) Yo podré retirarme de esta investigación y revocar mi consentimiento en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique.

C) Los resultados de esta investigación pueden ser publicadas, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitad por ley.

D) Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido obligado o forzado, por lo que doy mi consentimiento para que se administre las pruebas señaladas.

Fecha: 09/09/21

MINISTERIO DE SA

Lic. Wenceslao Pozo Tucto

Fecha Firma del participante

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante: Mónica Anchiraico Alamudo

Investigadores responsables: Helen Ingrith, Chavez Matos, Adrián Enrique, Garay Velásquez y Julio Daniel, Luna Cabello.

Título del proyecto: Ansiedad y Depresión en tiempos de covid-19 en personal asistencial del Centro de Salud Aclas Pilco Marca, Huánuco 2021.

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación que se está estudiando: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en el personal asistencial del centro de salud Aclas Pilco Marca.

YO ENTIENDO QUE:

A) Los riesgos derivados de este estudio son mínimos, debido a que se realizara el registro de datos a través de procedimientos estandarizados y correctamente validados para su uso.

B) Yo podré retirarme de esta investigación y revocar mi consentimiento en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique.

C) Los resultados de esta investigación pueden ser publicadas, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitad por ley.

D) Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido obligado o forzado, por lo que doy mi consentimiento para que se administre las pruebas señaladas.

Fecha: 02/09/21

Fecha Firma del participante

ANEXO N° 05:

INSTRUMENTO ORIGINAL

ESCALA DE "ZUNG"

INDICE: EAA

Instrucciones: Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

SITUACIÓN QUE ME DESCRIBE	NUNCA Y RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2. Me siento con temor sin razón				
3. Despierto con facilidad o siento pánico (miedo)				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas				
7. Me mortifican los dolores de cabeza, cuello y cintura				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11. Sufro de mareos				
12. Sufro desmayos o siento que me voy a desmayar				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pie				
15. Sufro de molestias estomacales e indigestión				
16. Orino con mucha frecuencia				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento bochornos				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante el día				
20. Tengo pesadillas				

ANEXO N° 06:

INSTRUMENTO ORIGINAL

ESCALA DE "ZUNG"

INDICE: BAND

Instrucciones: Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

SITUACIÓN QUE ME DESCRIBE	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído				
2. Por las mañanas me siento mejor				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir en la noche				
5. Como igual que antes				
6. Aún tengo deseos sexuales				
7. Nota que estoy adelgazando				
8. Estoy estreñido(a)				
9. El corazón me late más rápido que antes				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está más despejada que antes				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo confianza en el futuro				
15. Estoy más irritable que antes				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario (a)				
18. Encuentro agradable vivir				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto (a)				
20. Me gustan las mismas cosas que antes				

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN –HUANUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

A los 28 días del mes de diciembre del 2021, siendo las 03.30 pm, se reunieron en forma virtual, los Miembros integrantes del Jurado Examinador de la Tesis, titulada: **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19 EN PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO DE SALUD ACLAS PILLCO MARCA, HUANUCO 2021",** de los Bachilleres en Psicología **CHAVEZ MATOS HELEN INGRITH, GARAY VELASQUEZ ADRIAN ENRIQUE, y LUNA CABELLO JULIO DANIEL,** procedieron a dar inicio al acto de sustentación de tesis para el otorgamiento del título de Licenciada en Psicología, siendo los Miembros del Jurado los siguientes:

. **Dra. FLOR AYALA ALBITES** **PRESIDENTE**
. **Mg. LEO CISNEROS MARTÍNEZ** **SECRETARIO**
. **Mg. ELIZABETH CHAVEZ HUAMAN** **VOCAL**

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a deliberar y verificar la calificación, habiendo obtenido las notas y el resultado siguiente:

GRADUANDOS	1° Miembro	2° Miembro	3° Miembro	Prom. Final
CHAVEZ MATOS HELEN INGRITH	17	17	17	17
GARAY VELASQUEZ ADRIAN ENRIQUE	17	17	17	17
LUNA CABELLO JULIO DANIEL	17	17	17	17

OBSERVACIONES

.....

Se da por concluido, el Acto de Sustentación de la Tesis a horas 05.15 pm, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE

.....
SECRETARIO

.....
VOCAL

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TEMA

Que en atención a lo solicitado y el informe de Conformidad y Originalidad del tema de investigación de parte del señor Asesor, se hace Constar que:

La investigación titulada: "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19 EN PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO DE SALUD ACLAS PILLCO MARCA, HUANUCO 2021"** de los Bachilleres: **Helen Ingrith, Chávez Matos; Adrián Enrique, Garay Velásquez** y **Julio Daniel, Luna Cabello**, se afirmar que presenta **ORIGINALIDAD** respecto al tema de investigación.

Se expide la presente **CONSTANCIA** a solicitud de los interesados interesado para los fines pertinentes.

Huánuco, 01 de abril de 2022

Mg. Crisanto Mallqui Cruz
Director (e) Unidad de investigación
Facultad de psicología

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD Y CONTROL ANTIPLAGIO

Que en atención a lo solicitado y el informe de Conformidad y Control Antiplagio realizado por la Asesora, se hace Constar que:

La investigación titulada: "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19 EN PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO DE SALUD ACLAS PILLCO MARCA, HUANUCO 2021"** de los Bachilleres: **Helen Ingrith, Chávez Matos; Adrián Enrique, Garay Velásquez** y **Julio Daniel, Luna Cabello;** presenta un índice de similitud de 20% según lo verificado en el reporte del análisis del Software Turnitin. Por lo que se concluye que las coincidencias no exceden el máximo de porcentaje permitido por el programa anti plagio establecido en el Reglamento Específico de Grados y Títulos vigente de la Facultad de Psicología.

Se expide la presente **CONSTANCIA** a solicitud de los interesados para los fines pertinentes

Huánuco, 01 de abril de 2022

Mg. Crisanto Mallqui Cruz
Director (e) Unidad de investigación
Facultad de psicología

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE PREGRADO

IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Apellidos y Nombres: Chavez Matos. Helen Ingrith,

DNI.: 74417416 **Correo Electrónico**: heingchavezq@gmail.com

Teléfono Casa: …… **Celular:** 924076603

Apellidos y Nombres: Garay Velásquez, Adrián Enrique

DNI: 41733915 **Correo Electrónico**: adrive14@hotmail.com

Teléfono Casa: …… **Celular:** 975221715

Apellidos y Nombres: Luna Cabello, Julio Daniel

DNI.: 76842583 **Correo Electrónico**: jose_ca_51@hotmail.com

Teléfono Casa: …… **Celular:** 926127858

IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado
Facultad de Psicología **E.P.: Psicología**

Título Profesional obtenido:

Licenciado en Psicología

Título de la tesis:

Ansiedad y depresión en tiempos de covid-19 en personal asistencial del centro de salud aclas Pillco Marca, Huánuco 2021.

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor (es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
X	**PÚBLICO**	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica más no al texto completo.

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya (n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

_____

_____

_____

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año

( ) 2 años

( ) 3 años

( ) 4 años

Luego del período señalado por usted (es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 13 de abril del 2022

Firma del autor y/o autores:

Chávez Matos. Helen Ingrith

Garay Velásquez, Adrián Enrique

Luna Cabello, Julio Daniel