

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**Consecuencias psicológicas de la pandemia por la
Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional
Docente de Cajamarca, 2020**

Presentada por la Bachiller en Obstetricia

Joisy Lorena Abanto Banda

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

Asesor:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, PERÚ

2021

SE DEDICA A:

Mi madre, María Banda Aguilar, por ser mi más grande motivo para no rendirme, por ser mi razón para elegir el camino del bien; sé cuánto anhelabas que lograra este gran objetivo en mi vida profesional y depositaste tu confianza absoluta en mí, a pesar de la distancia. Hoy no existen palabras para describir el sentimiento que me embarga al decirte “Lo Logré Mamá”.

Con todo mi amor esta tesis te la dedico a ti madre.

Lorena

AGRADECIMIENTO A:

Dios por cuidarme, guiarme, acompañarme y por su infinito amor.

Mi madre por todo el sacrificio que ha hecho por sus hijos, por su amor y su absoluta confianza en mí.

Mi tía por su apoyo en mi educación.

Mis hermanos porque su ayuda fue indispensable para mí.

Mi padre porque a pesar de sus desaciertos me impulsó a lograr mis objetivos.

Las buenas amistades porque, aunque no lo saben les debo tanto y les agradezco con todo mi corazón.

Mis docentes por su dedicación y compromiso para con sus alumnos.

Mi asesora de tesis, Obstetra Elena Ugaz, por su apoyo, paciencia, compromiso y dedicación en este trabajo.

Lorena

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Definición y delimitación del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación.....	3
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas.....	7
2.2.1. COVID-19.....	7
2.2.2. Trastornos mentales.....	11
2.2.2.1. Estrés	11
2.2.2.2. Ansiedad	13
2.2.2.3. Depresión	14
CAPÍTULO III.....	19
DISEÑO METODOLÓGICO	19
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	19
3.2. Área de estudio y población	19
3.2.1. Área de estudio	19
3.2.2. Población.....	19
3.3. Muestra y tipo de muestreo	19
3.3.1. Muestra.....	19
3.3.2. Tipo de Muestreo	19
3.3.3. Tamaño de la muestra	20
3.4. Unidad de análisis	20

3.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	20
3.5.1.	Criterios de inclusión	20
3.5.2.	Criterios de exclusión	20
3.6.	Criterios éticos	21
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.8.	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	23
3.9.	Control de calidad de datos.....	23
CAPÍTULO IV.....		24
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.		24
4.1	Identificación de factores sociodemográficos del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	24
4.2	Identificación de características asociadas al contexto del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.	26
4.3	Determinación del grado de depresión, ansiedad y estrés en el personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.	30
CONCLUSIONES		33
SUGERENCIAS		34
Bibliografía.....		35
ANEXO 1		39
ANEXO 2		42
ANEXO 3		43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Factores sociodemográficos del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	24
Tabla 02	Profesión del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	26
Tabla 03	Elementos de protección del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	27
Tabla 04	Infección de Covid-19, lugar de ocurrencia y preocupación de contagio, a sí mismo y a sus familiares del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	28
Tabla 05	Depresión, ansiedad y estrés del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.....	30

RESUMEN

El **Objetivo** de esta investigación es determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. **Material y métodos:** estudio tipo descriptivo, no experimental de corte transversal, realizado en una muestra de 200 trabajadores de salud. **Resultados:** 75,5% del personal de salud es femenino; 42,0% perteneció al grupo etario de 31 a 40 años; 42,0% son solteros; 54,5% cuenta con equipo de protección personal; 32,0% tuvo Covid-19, 29,0% la contrajo en el hospital; 97,5% se preocupa por el contagio a sus familiares; 14,0% presentó depresión, 6,5 depresión leve, 5,5% moderada, 1,5% severa y 0,5% extremadamente severa; 39,0% tuvo ansiedad, 12,5% ansiedad leve, 18,0% moderada, 6,0% severa y 2,5% extremadamente severa; 23,0% presentó estrés, 13,0% leve, 9,0% moderado y 1,0% severo.

Palabras clave: consecuencias psicológicas (estrés, ansiedad, depresión), personal de salud, Covid-19.

ABSTRACT

The **objective** of this research is to determine the psychological consequences of the pandemic in health personnel working at the Cajamarca Regional Teaching Hospital.

Material and methods: a descriptive, non-experimental cross-sectional study, carried out in a sample of 200 health workers. **Results:** 75.5% of the health personnel is female; 42.0% belonged to the age group 31 to 40 years; 42.0% are single; 54.5% have personal protective equipment; 32.0% had Covid-19, 29.0% contracted it in the hospital; 97.5% worry about contagion to their relatives; 14.0% presented depression, 6.5 mild depression, 5.5% moderate, 1.5% severe and 0.5% extremely severe; 39.0% had anxiety, 12.5% mild anxiety, 18.0% moderate, 6.0% severe and 2.5% extremely severe; 23.0% presented stress, 13.0% mild, 9.0% moderate and 1.0% severe.

Keywords: psychological consequences (stress, anxiety, depression), health personnel, Covid-19.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por Covid-19, ha provocado una de las peores crisis sanitarias, sociales y económicas alrededor de todo el mundo y, si bien es cierto, se ha cobrado la vida de millones de personas y ha afectado enormemente la salud física de los mismos, es la salud mental del personal de salud quien está sufriendo graves consecuencias, su difícil labor de enfrentar esta nueva pandemia ha provocado estrés, ansiedad y depresión que afecta no sólo su vida personal sino su desempeño como profesionales ante la enorme responsabilidad de salvaguardar vidas humanas; sin embargo, estos problemas emocionales con frecuencia se dejan de lado y no es sino cuando se presentan casos graves, que se les presta la atención que merece.

Desde esta perspectiva es que se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), encontrando algunas limitaciones por el acceso restringido al nosocomio; sin embargo, aun así se logró encuestar al personal sanitario, llegando a encontrar que sufren de depresión de intensidad leve, moderada, severa y extremadamente severa; en mayor proporción atraviesan cuadros de ansiedad de leves a extremadamente severos y finalmente los trabajadores de la salud sufren grados de estrés desde leve hasta severo, ésta realidad de la salud mental de los profesionales sanitarios permitirá plantear intervenciones oportunas en pro de mejorar la salud mental de los mismos.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Comprende todo lo referente a la definición y formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: Abarca todo lo referente al marco teórico el cual contiene: antecedentes, bases teóricas, variables y la operacionalización de las mismas.

CAPÍTULO III: Engloba todo lo referente al diseño metodológico de la investigación.

CAPÍTULO IV: Incluye los resultados y análisis de los mismos.

Finalmente forman parte de esta tesis las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

En la actualidad el personal de salud es el recurso más importante para combatir la Covid-19, por ello es de vital importancia proteger no sólo su integridad física sino su salud mental pues, su ardua labor al enfrentar esta nueva enfermedad suele traer consecuencias no sólo físicas; sino, psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a marzo del 2020 reportó 750 890 casos confirmados del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) a nivel mundial, para ese entonces el país con mayor número de casos pasó a ser EEUU con 140 640 casos confirmados, superando a Italia el cual reportaba 101 739 casos y al país en el que se originó el virus, China, el mismo que registraba 82 545 casos confirmados (1).

En Latinoamérica, ha sucedido algo similar, Brasil, el país con mayor cantidad de casos confirmados con un total de 2 552 265, México ocupa el segundo lugar con un total de 408 449 casos, para finales de julio (2).

En Perú, el número de casos también ha ido incrementando, tal es el caso de Lima Metropolitana que cuenta con 202 143 casos, Lima Región con 17 673 casos, Callao con 21 438 casos, Piura, Lambayeque y La Libertad con un total de 21 393, 17 440 y 15 481 casos respectivamente, para finales de julio (3).

Cajamarca, no es la excepción sino todo lo contrario, hasta el 31 de julio ha reportado 13 898 casos confirmados; de los cuales 390 han fallecido y 5 695 pacientes se han recuperado; según el reporte del Gobierno Regional de Cajamarca (4)

Más allá de los datos estadísticos, de pacientes contagiados y fallecidos, la COVID-19 es una enfermedad que está generando diversos desórdenes psicológicos como miedo, ansiedad, estrés y depresión (5), sobre todo en el personal de salud encargado tanto de la atención del paciente con el dato confirmado de la enfermedad como en quienes laboran en otras áreas, por el incremento insostenible de casos que ocurren cada día, constituyéndose en un grave problema de salud pública, sobre todo porque en la atención de la COVID-19 se ha movilizado gran cantidad de personal sanitario, médicos, enfermeras, obstetras, personal técnico de enfermería, laboratoristas, etc., de una parte, porque se ha buscado proteger a la población más vulnerable, permitiéndoles quedarse

en casa al personal que tuviera más de 60 años; así como a aquellos con alguna comorbilidad, de igual forma a quienes presentaban resultados positivos y tienen que hacer “cuarentena”, lo que significa una enorme carga laboral en el personal sin “riesgo”, generando una enorme presión no sólo física sino fundamentalmente psicológica, en el personal que continúa trabajando desde que se inició la pandemia.

La OMS, precisamente ha reportado que, en el sector de los trabajadores sanitarios, se ha detectado un incremento de la prevalencia de la angustia, variando de una región a otra, en China (35%); en Irán (60%); en Estados Unidos (40%); en Canadá (47%); de igual forma, la depresión también está emergiendo silenciosamente, en China el 50% del personal sanitario sufre depresión y 45% presenta ansiedad durante esta pandemia por la COVID-19 (6)

Para el caso de depresión, según la OMS puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo; además de la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (7); como fue el caso de una enfermera de 34 años de edad que trabajaba en cuidados intensivos en el Hospital San Gerardo en la ciudad italiana de Monza, Lombardía, uno de los mayores focos de la pandemia de coronavirus Covid-19 en ese país. Según la Federación Nacional de los Profesionales de Enfermería (FNOPI) menciona que esta enfermera “no ha podido más y tomó la decisión de quitarse la vida”, esto ha sido confirmado por sus compañeros de profesión los que estuvieron pendientes de la misma, quien estaba en cuarentena, con síntomas y bajo un enorme estrés causado por el miedo de haber contagiado de coronavirus a otras personas; hecho similar se reportó en Venecia por los mismos motivos (8)

La actual pandemia emergente del COVID-19, implica un aumento de trastornos mentales en la población en general, en especial en los trabajadores de la salud, generando un segundo brote o epidemia sobre la salud mental de los mismos. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud (9).

En el Perú, y en Cajamarca aún menos, no se han ejecutado aún este tipo de estudios, por lo que se ha creído conveniente la realización de la presente investigación con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020. Con la finalidad de implementar estrategias que limiten el daño psicológico en situaciones de emergencia sanitaria como la actual pandemia por la covid-19.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Identificar algunas características asociadas al contexto del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Determinar el grado de estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

1.4. Justificación de la investigación

La COVID-2019 ha provocado aislamiento social, temor a enfermarse, temor a morir y ha marcado la vida de millones de personas en todo el mundo, por lo que más allá de los riesgos médicos, el impacto psicológico y social de esta pandemia es indiscutible.

En el Perú y en Cajamarca, sobretodo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) la situación no ha sido distinta pues, el aumento insostenible de casos ha provocado en el personal de salud asistencial el incremento de su carga laboral, trabajo bajo pesados y sofocantes equipos de protección personal, temor de contraer y transmitir la enfermedad a sus familiares, por el elevado riesgo de exposición a la infección, instando agotamiento físico y mental; constituyéndose así un problema de salud pública puesto que la ansiedad, estrés y depresión afectan de manera significativa el desempeño laboral del personal de salud. Es por este motivo que surgió el interés de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Esperando que los resultados obtenidos en el presente estudio sirvan como una fuente de información actual para la elaboración oportuna de programas que limiten el daño

psicológico en el personal sanitario. Es de vital importancia que las autoridades del HRDC en base a evidencia sobre la realidad de la salud mental del personal de salud actúen gestionando el incremento de personal con el fin de liberar la enorme carga laboral que tienen y de esta manera se pueda asegurar el bienestar físico y mental de los trabajadores de salud; a su vez, beneficiar a los pacientes y familias garantizando una adecuada atención por parte del personal de primera línea.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Hang J y col. (China, 2020), en su estudio realizado con el objetivo de investigar la salud mental del personal médico clínico de primera línea en la epidemia de COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica; encontraron como resultados que el 18,7 eran hombres y el 81,3 eran mujeres, con edades entre 20 a 59 años; donde 30,4 era médicos y el 69,6 eran enfermeras; la incidencia de ansiedad en el personal médico fue del 23,04; de ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17, 4,78 y 16,09, respectivamente. La incidencia de ansiedad en el personal médico femenino fue mayor que en el hombre 25,67 vs 11,63. La incidencia de ansiedad en las enfermeras fue mayor que la de los médicos 26,88 frente a 14,29. La incidencia del trastorno de estrés en el personal médico fue del 27,39 (10).

Lai J y col. (China, 2020), en su investigación tienen como objetivo evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China, encontraron como resultados que el 64,7 tenían entre 26 y 40 años, y el 76,7 eran mujeres; el 60,8 eran enfermeras y el 39,2 eran médicos; 60,5 trabajaban en hospitales en Wuhan, y el 41,5 eran trabajadores de atención médica de primera línea. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de depresión (50,4), ansiedad (44,6), insomnio (34,0) y angustia (71,5). Las enfermeras, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y los que trabajaban en Wuhan, China, informaron grados más severos de todas las mediciones de los síntomas de salud mental que otros trabajadores de la salud (11).

Qiu J y col. (China, 2020), realizaron un estudio que tiene como objetivo medir la prevalencia y la gravedad del trastorno de pánico, la ansiedad y depresión, medir la carga actual de salud mental en la sociedad y, proporcionar una base concreta para adaptar e implementar políticas de intervención de salud mental relevantes para enfrentar este desafío de manera eficiente y efectiva, los resultados encontrados fueron el 35,27 eran hombres y el 64,73 eran mujeres; casi el 35 de los encuestados experimentaron angustia psicológica, un 29,29 con distrés leve a moderado y un 5,14 con distrés severo. Las mujeres presentaron más distrés psicológico que los hombres y

las personas menores de 18 años presentaron menos distrés psicológico; las personas entre los 18-30 años y mayores de 60 años presentaron un alto distrés psicológico (12).

Zhang W y col. (China, 2020), en su investigación tienen como objetivo explorar si los trabajadores de salud médica tuvieron más problemas psicosociales que los trabajadores de salud no médicos durante el brote de COVID-19, encontraron que en comparación con los trabajadores de la salud no médicos, los trabajadores de la salud médica tuvieron una mayor prevalencia de insomnio (38,4 vs. 30,5), ansiedad (13,0 vs. 8,5), depresión (12,2 vs. 9,5), somatización (1,6 vs. 0,4) y síntomas obsesivo-compulsivos (5,3 vs. 2,2); vivir en áreas rurales, ser mujer y estar en riesgo de contacto con pacientes con COVID-19 fueron los factores de riesgo más comunes de insomnio, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos y depresión (13).

Sun D y col. (China, 2020), en su estudio tienen como fin evaluar el impacto del brote de 2019-nCoV en el estado psicológico de los trabajadores de salud chinos y explorar los factores que influyen, como resultados encontraron que el 16,7 eran hombres y el 83,3 eran mujeres; después del brote de 2019-nCoV, el 89,4 de los sujetos respondieron que "pensé que el trabajo médico era muy arriesgado"; el 86,2 trabajadores de la salud que piensan que tienen más presión laboral que antes; hubo 81,7 de trabajadores de la salud que pensaron que pueden aceptar el riesgo de exposición o atención a pacientes con 2019-nCoV y sólo el 11,8 de trabajadores de la salud sintieron la necesidad de renunciar (14).

Liu C y col. (China, 2020), en su investigación tuvieron como objetivo identificar los factores que influyen en la ansiedad de los trabajadores médicos en China durante el brote de COVID-19, como resultados encontraron que la mayoría de la muestra era femenina (84,57) y la mayor edad del grupo tenía entre 18 y 39 años, la mayoría de los participantes de la muestra estaban casados (62,50) y la mayoría de los sujetos tenían un nivel terciario de educación; los que tuvieron contacto directo con pacientes infectados experimentaron puntuaciones de ansiedad más altas que los que no tuvieron contacto directo; similar tendencia se observó en el personal médico de la provincia de Hubei, en comparación con los de otras partes de China; la prevalencia de ansiedad fue del 12,5, con 10,35 que sufrieron de leve, 1,36 que sufrieron de moderada y 0,78 que sufrieron de ansiedad severa (15).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. COVID-19

2.2.1.1. Historia

Los coronavirus son virus de ARN de sentido positivo envueltos que varían de 60 nm a 140 nm de diámetro con proyecciones en forma de espinas en su superficie que le dan una apariencia de corona bajo el microscopio electrónico; de ahí el nombre coronavirus. Cuatro virus corona, a saber, HKU1, NL63, 229E y OC43, han circulado en humanos y, en general, causan enfermedades respiratorias leves.

Ha habido dos eventos en las últimas dos décadas en los que el cruce de virus betacorona animales a humanos ha resultado en una enfermedad grave. El primer caso fue en 2002–2003 cuando un nuevo coronavirus de los géneros β y con origen en murciélagos cruzó a los humanos a través del huésped intermediario de gatos de civeta de palma en la provincia china de Guangdong. Este virus, designado como coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo, afectó a 8422 personas principalmente en China y Hong Kong y causó 916 muertes (tasa de mortalidad del 11%) antes de ser contenido. Casi una década después, en 2012, el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), también de origen murciélago, surgió en Arabia Saudita con los camellos dromedarios como huésped intermedio y afectó a 2494 personas y causó 858 muertes (tasa de mortalidad del 34%) (16).

2.2.1.2. Origen

En diciembre de 2019, los adultos en Wuhan, capital de la provincia de Hubei y un importante centro de transporte de China comenzaron a presentarse en hospitales locales con neumonía grave de causa desconocida. Muchos de los casos iniciales tuvieron una exposición común al mercado mayorista de mariscos de Huanan que también comercializaba animales vivos. El sistema de vigilancia (puesto en funcionamiento después del brote de SARS) se activó y se enviaron muestras respiratorias de pacientes a laboratorios de referencia para investigaciones etiológicas. El 31 de diciembre de 2019, China notificó el brote a la Organización Mundial de la Salud y el 1 de enero se cerró el mercado de alimentos marinos de Huanan. El 7 de enero, el virus se identificó como un coronavirus que tenía > 95% de homología con el coronavirus de murciélago y > 70% de similitud con el SARS-CoV. Las muestras ambientales del mercado de mariscos de Huanan también dieron positivo, El número de casos comenzó a aumentar exponencialmente, algunos de los cuales no tenían exposición al mercado de animales vivos, lo que sugiere el hecho de que se estaba produciendo una

transmisión de persona a persona. El primer caso fatal se informó el 11 de enero de 2020 (17).

2.2.1.3. COVID-19 fisiopatología

COVID-19 es causado por SARS-CoV-2, un betacoronavirus. Se compone de una estructura de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario que pertenece a la subfamilia Coronavirinae, parte de la familia Coronaviridae. El análisis de secuencia del SARS-CoV-2 ha mostrado una estructura típica de la de otros coronavirus, y su genoma se ha comparado con una cepa de coronavirus previamente identificada que causó el brote de SARS en 2003. Estructuralmente, el coronavirus del SARS (SARS-CoV) tiene una composición bien definida que comprende 14 residuos de unión que interactúan directamente con la enzima convertidora de angiotensina humana 2. De estos aminoácidos, 8 se han conservado en el SARS-CoV-2. En humanos, se pensaba que los coronavirus causan infecciones respiratorias leves hasta la identificación del SARS-CoV y el coronavirus MERS (MERS-CoV). Aunque se desconocen los mecanismos fisiopatológicos exactos subyacentes a la aparición de SARS-CoV-2 (debido a ensayos de laboratorio pendientes), las similitudes genómicas con el SARS-CoV podrían ayudar a explicar la respuesta inflamatoria resultante que puede conducir a la aparición de neumonía grave. Hasta que se inicien estos ensayos de laboratorio, el mecanismo preciso del SARS-CoV-2 sigue siendo hipotético (18).

2.2.1.4. Fuente de infección

Las fuentes de infección incluyen pacientes, portadores de virus y animales infectados que sirven como reservorios virales. La búsqueda de los huéspedes del virus, o de las fuentes de infección, es un proceso vital para comprender la dinámica viral. El SARS-CoV-2 tiene un 96,2% de similitud de secuencia genética con el BatCoV RaTG13 previamente identificado, lo que sugiere que los murciélagos tienen más probabilidades de ser los huéspedes del SARS-CoV-2. El grupo de casos en el mercado de mariscos se analizó exhaustivamente, y la comparación de secuencias reveló que los pangolines son el huésped intermedio más probable para el SARS-CoV-2. Sin embargo, SARS-CoV y MERS-CoV también se identificaron como de origen zoonótico, y los reservorios animales parecían murciélagos. Aunque los coronavirus de murciélago están relacionados genéticamente, los huéspedes intermedios están involucrados en la transmisión entre especies, después de lo cual se desarrolló la transmisión de persona a persona. A diferencia del SARS-CoV-2, el huésped intermedio del SARS-CoV era principalmente civetas de palma, y se pensaba que el huésped intermedio del MERS-CoV eran los camellos dromedarios. Los tres coronavirus se pueden rastrear hasta los

murciélagos, mientras que hay diferentes huéspedes intermedios involucrados en la transmisión entre especies. Estos tres virus han causado epidemias generalizadas que se originaron en reservorios animales; Los altos niveles de morbilidad y mortalidad han causado pánico y pérdidas económicas sustanciales (19) .

2.2.1.5. Modos de transmisión del virus COVID-19

Las infecciones respiratorias pueden transmitirse a través de gotitas de diferentes tamaños: cuando las partículas de gotitas tienen $> 5-10 \mu\text{m}$ de diámetro, se denominan gotitas respiratorias, y cuando tienen $< 5 \mu\text{m}$ de diámetro, se denominan núcleos de gotitas. Según la evidencia actual, el virus COVID-19 se transmite principalmente entre personas a través de gotitas respiratorias y vías de contacto. En un análisis de 75,465 casos de COVID-19 en China, no se informó la transmisión aérea.

La transmisión de gotas ocurre cuando una persona está en contacto cercano (dentro de 1 m) con alguien que tiene síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos) y, por lo tanto, corre el riesgo de tener sus mucosas (boca y nariz) o conjuntiva (ojos) expuesto a gotitas respiratorias potencialmente infecciosas. La transmisión también puede ocurrir a través de fómites en el entorno inmediato alrededor de la persona infectada. Por lo tanto, la transmisión del virus COVID-19 puede ocurrir por contacto directo con personas infectadas y contacto indirecto con superficies en el entorno inmediato o con objetos utilizados en la persona infectada.

Existe alguna evidencia de que la infección por COVID-19 puede provocar infección intestinal y estar presente en las heces. Sin embargo, hasta la fecha solo un estudio ha cultivado el virus COVID-19 de una sola muestra de heces. No se han recibido informes de transmisión fecal-oral del virus COVID-19 hasta la fecha (20).

El período de incubación varía de 2 a 14 d (mediana de 5 días). Los estudios han identificado el receptor de angiotensina 2 (ACE_2) como el receptor a través del cual el virus ingresa a la mucosa respiratoria (16).

2.2.1.6. Síntomas

Las características clínicas de COVID-19 incluyen tos seca, fiebre, diarrea, vómitos y mialgia. Las personas con múltiples comorbilidades son propensas a una infección grave y también pueden presentar una lesión renal aguda (IRA) y características de SDRA (18)

Los síntomas clínicos de pacientes graves y críticos con COVID - 19 se parecían a la mayoría de SARS y MERS, incluyendo fiebre, tos seca, mialgia, fatiga, disnea, anorexia,

diarrea, SDRA, arritmia, daño renal agudo, diversos grados de daño hepático y shock séptico. Los síntomas comunes de los pacientes hospitalizados con COVID-19 incluyeron fiebre (98.6%), fatiga (69.6%), tos seca, y diarrea. Los síntomas menos comunes incluyeron dolor muscular, confusión, dolor de cabeza, dolor de garganta, rinorrea, dolor en el pecho, producción de esputo, náuseas y vómitos. Las complicaciones graves incluyeron SDRA, anemia, lesión cardíaca aguda e insuficiencia orgánica múltiple (21).

2.2.1.7. Letalidad

La tasa de letalidad del nuevo coronavirus se ha estimado en alrededor del 2%, en la conferencia de prensa de la OMS celebrada el 29 de enero de 2020. Sin embargo, señaló que, sin saber cuántos estaban infectados, era demasiado pronto para poder poner un porcentaje en la cifra de mortalidad.

Una estimación previa había puesto ese número en 3%.

La tasa de mortalidad puede cambiar a medida que un virus puede mutar, según los epidemiólogos.

A modo de comparación, la tasa de letalidad para el SARS fue del 10% y para el MERS del 34% (22).

2.2.1.8. Aspectos generales a considerar en situación de pandemia del COVID-19.

La pandemia del COVID-19 conlleva un incremento de los niveles de estrés de toda la población. Existen situaciones diversas de estrés intenso que las personas pueden experimentar en este contexto, y el personal de la salud tiene mayor probabilidad de enfrentarlas, dada la naturaleza de su trabajo. En situaciones de estrés intenso se pueden experimentar reacciones de tipo:

- **Emocionales:** Ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza, distanciamiento emocional, entre otras.
- **Conductuales:** Hiperactividad, aislamiento, evitación de situaciones, de personas o de conflictos, lenguaje acelerado, llanto, dificultades para el autocuidado y descanso o dificultades para desconectarse del trabajo, entre otras.
- **Cognitivas:** Confusión o pensamientos contradictorios, dificultad de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones, dificultades de memoria, pensamientos obsesivos y dudas, pesadillas, imágenes intrusivas, negación, entre otras.

- **Físicas:** Dificultad respiratoria, presión en el pecho, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, cefaleas, mareos, molestias gastrointestinales, contracturas musculares, taquicardias, parestesias, agotamiento físico, insomnio, alteraciones del apetito, entre otras (23).

2.2.2. Trastornos mentales

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (24).

2.2.2.1. Estrés

Reacción a estrés agudo

Es un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que, por lo general, remite en horas o días. El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en la persona mayor).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de «embotamiento» con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de los ataques de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).

Adicionalmente, en el contexto de la pandemia de COVID-19, el personal de la salud afronta circunstancias particulares que incrementan más el estrés asociado a sus funciones, tales como:

- Desborde de la demanda asistencial.
- Trabajar bajo la presión del contexto de la pandemia. Estar expuesto a riesgo de infección por COVID-19.
- Interactuar con usuarios con emociones negativas y/o crisis.
- Incertidumbre por la suficiente disponibilidad de materiales de bioseguridad.
- Incertidumbre por la suficiente disponibilidad de recursos terapéuticos para todos los usuarios, en particular los más graves.
- Dilemas éticos y morales.
- Equipo de salud insuficiente.
- Gran estrés en las zonas de atención directa y de primera respuesta itinerante o institucional.
- Mayores niveles de frustración ante la mala evolución de usuarios(as).
- El contacto insuficiente con su familia.
- Mayor agotamiento físico y mental (23).

Diagnóstico

No existe una única respuesta ante situaciones de estrés, del mismo modo las consecuencias que derivan de ella no son siempre las mismas; sin embargo, existen una serie de enfermedades y trastornos físicos y psicológicos que suelen afectar a las personas que padecen de estrés.

Actualmente resulta difícil diagnosticar el estrés; pero existen ciertos indicadores para determinar el nivel de estrés.

- Un indicador es el nivel cognitivo, el cual se caracteriza por pensamientos y sentimientos de miedo y aprensión. La persona da vueltas a las cosas, y no consigue solucionar sus problemas por más pequeños que éstos sean, por lo que se crea una sensación de inseguridad presentando dificultades en la concentración, lo que conlleva a una falta de atención.
- Otro nivel indicador es el nivel fisiológico. En este nivel el estrés se manifiesta a través de una serie de síntomas físicos como: dolores de cabeza, hipertensión, debilidad, alteraciones del sueño, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, molestias en

el estómago, enfermedades en la piel, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda, dolor de pecho que simula infarto de corazón, etc.

- Y el último nivel indicador es el nivel motor. En este nivel la persona con estrés realiza acciones como: llorar con facilidad, aumenta la frecuencia de hábitos compulsivos como comer, fumar o beber alcohol, aparecen tics nerviosos, problemas sexuales, comportamientos extraños y sin finalidad, y por último el deseo de huida para evitar la situación que provoca la sensación de estrés (25).

2.2.2.2. Ansiedad

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta ante situaciones amenazadoras. Esta emoción puede ser indistinguible del miedo, sin embargo, puede aparecer como una reacción ante un estímulo no tan claro y específico. Se acompaña de cambios fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca, y la sudoración. En situaciones de ansiedad más intensa, también pueden presentarse sensaciones de mareo, leve desorientación, sensación de opresión en el pecho, zumbidos al oído, y en casos que suelen constituir trastornos de ansiedad, pensamientos sobre peligros o catástrofes inminentes, la muerte o “perder la razón”, o incluso la imperiosa necesidad de huir.

Si bien la ansiedad es una de las reacciones más comunes en situaciones como la pandemia del COVID-19, es importante considerar que en algunos casos la ansiedad puede sobrepasar su función adaptativa (la que nos permite organizarnos ante los riesgos) y constituir un factor que ocasiona malestar subjetivo.

Los trastornos de ansiedad son aquellos en los que se presenta un nivel significativo de ansiedad que interfiere con el normal funcionamiento de la persona, presentándose como desproporcional a lo que la desencadena en comparación a las vivencias previas al trastorno o a las de otras personas sin el mismo.

Las personas con trastornos de ansiedad pueden pasar mucho tiempo sin buscar ayuda para la situación que viven por miedo al rechazo, el estigma hacia los problemas de salud mental, o la negación/normalización del malestar que presentan para mantener la funcionalidad, situación que en muchos casos puede asociarse a conductas que mitigan la ansiedad recurrente, como el consumo de alcohol y otras sustancias, los atracones de comida, entre otras conductas (23).

Lo desconocido y nuevo de COVID-19, la transmisión instantánea de sus estadísticas de mortalidad y, sobreestimada por los infectados, las preocupaciones sobre el futuro (Banerjee, 2020), las severas sanciones económicas impuestas al país, las dudas sobre la adecuación de las medidas y la provisión de necesidades médicas y de salud para controlar la enfermedad pueden ser todas las razones que pueden causar ansiedad.

La ansiedad, cuando está por encima de su nivel normal, debilita el sistema inmunitario y, como resultado, aumenta el riesgo de infección por el virus (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Además, las reacciones ansiosas de las personas desencadenan conductas disruptivas públicas a medida que las personas corren a las tiendas, a los establecimientos de salud, los centros comerciales, las farmacias el suministro de salud se vuelve escaso y la prestación de servicios de atención médica del país se ve afectada.

2.2.2.3. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (7).

Generalidades

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal

sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Tipos y síntomas

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Trastorno depresivo recurrente: como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Factores contribuyentes y prevención

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Diagnóstico y tratamiento

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepressivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepressivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve. Los antidepressivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela (26).

Episodios depresivos

La persona sufre un ánimo triste, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Cuando la depresión empeora suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades personales, familiares, laborales y sociales. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva pesimista del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño como el insomnio o sueño incrementado.

- La pérdida del apetito o en algunos casos el incremento.

Inclusive durante un episodio depresivo grave, la persona podría presentar una considerable inhibición psicomotora o, por el contrario, angustia y agitación marcada. Es probable que la pérdida de la autoestima, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Adicionalmente, los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Existen casos más graves que pueden incluir síntomas psicóticos, pudiendo aparecer ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que la persona puede sentir responsabilidad. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (23).

2.3. Variables

- Consecuencias psicológicas

2.4. Definición conceptual y operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
	Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • Extremadamente severa 	<ul style="list-style-type: none"> • De 5 a 6 puntos • De 7 a 10 puntos • De 11 a 13 puntos • De 14 a más puntos 	Ordinal

Consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19	<p>Ansiedad: La ansiedad es una emoción normal que se experimenta ante situaciones amenazadoras. Esta emoción puede ser indistinguible del miedo, sin embargo, puede aparecer como una reacción ante un estímulo no tan claro y específico. (MINSA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • Extremadamente severa 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 puntos • De 5 a 7 puntos • De 8 a 9 puntos • De 10 a más puntos 	Ordinal
	<p>Estrés: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción. Considerado desde este punto de vista, el estrés sería una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo • Extremadamente severo 	<ul style="list-style-type: none"> • De 8-9 puntos • De 10 a 12 puntos • De 13 a 16 puntos • De 17 a más puntos 	Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental de corte transversal y tipo de estudio descriptivo, prospectivo.

No experimental, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.

De corte transversal, porque el estudio se realizó en una población definida y en un punto específico de tiempo.

Descriptivo, porque se limitó a determinar los resultados en una población del personal sanitario, que trabaje en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Prospectivo, porque los datos se recogieron a medida que iban sucediendo.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de categoría II-2 que se encuentra ubicado en la Av. Larry Jhonson y Av. Mártires de Uchuracay S/N en el distrito de Cajamarca.

3.2.2. Población

La población para la presente investigación corresponde a todo el personal de salud asistencial que trabaja en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la cual consistió en 1028 trabajadores durante el año 2020.

3.3. Muestra y tipo de muestreo

3.3.1. Muestra

La muestra corresponde a 200 trabajadores asistenciales que laboran en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2020.

3.3.2. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo fue el muestreo aleatorio simple, donde las muestras se recogieron en un proceso que brindó a todos los individuos de la población iguales oportunidades

de ser seleccionados, por ser un muestreo probabilístico. La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión,

3.3.3. Tamaño de la muestra

La cantidad del tamaño de la muestra se determinó utilizando el muestreo aleatorio simple para la estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad del 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. La determinación de los 200 trabajadores asistenciales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= 1028 trabajadores asistenciales.

Z= 1,96 (Confiabilidad al 95%), nivel de confianza.

P= 0,883 (proporción estimada de trabajadores asistenciales con consecuencias psicológicas) probabilidad de éxito.

Q= 0,117 (Complemento de P) probabilidad de fracaso.

E= 0,04 (Tolerancia de error en las mediciones).

Aplicando la fórmula n= 200 trabajadores asistenciales.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los integrantes del personal de salud asistencial que trabajan en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2020.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Personal de salud que aceptó voluntariamente participar en calidad de encuestado, en el presente estudio.
- Personal de salud que labore en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Personal de salud que no deseó participar de la encuesta.

- Personal de salud que trabaje de manera remota en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Personal de salud que trabaje en el área administrativa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Personal de salud de licencia, vacaciones o licencia por comorbilidad.

3.6. Criterios éticos

Este estudio se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y objetividad de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes criterios éticos:

Autonomía: el encuestado dio respuesta a las preguntas realizadas sin recibir influencia de otras personas o del investigador.

No maleficencia: la información se obtuvo luego que el personal de salud brindó el consentimiento para la entrevista.

Consentimiento informado: el personal de salud fue informado de forma clara y precisa sobre el trabajo de investigación que se estaba llevando a cabo, emitiendo su autorización mediante la culminación de la encuesta virtual.

Justicia: en este contexto el personal de salud sea beneficiado con los resultados.

Privacidad: se respetó en todo momento el anonimato del personal de salud encuestado.

Confidencialidad: la información referida por el personal de salud no fue revelada, y se utilizó solo con fines de investigación.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En primer lugar, se presentó una solicitud de permiso previa información al Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, sobre la naturaleza de la investigación, solicitando el permiso correspondiente, para la obtención de la muestra.

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de números aleatorios (Anexo 3) en base al marco muestral, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. A los profesionales seleccionados se les contactó a través de sus números telefónicos y redes sociales (WhatsApp, Facebook, Instagram), se les envió un link, el cual contenía una encuesta virtual, con el propósito de determinar las consecuencias psicológicas de la

pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020.

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento se utilizó la versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Las tres escalas de autorreporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia.

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

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

3.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información se realizó el procesamiento de dicha información utilizando el software estadístico SPSS versión 25,0, se confeccionó la base de datos en Excel y para la revelación de los resultados se han estructurado tablas estadísticas adecuadas.

El análisis descriptivo de la información se hizo mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para la realización del análisis inferencial se usó la prueba de bondad de ajuste Chi Cuadrado con 0,05 de nivel de significancia.

3.9. Control de calidad de datos

Para garantizar la calidad de los datos el instrumento fue validado mediante el criterio de jueces. Por otro lado, se realizó la confiabilidad mediante la consistencia interna con el alfa de Cronbach, en la cual mediante la aplicación de una muestra piloto se ha obtenido el valor de 0,962, semejante a los obtenidos en otros estudios.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Identificación de factores sociodemográficos del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Tabla 01 Factores sociodemográficos del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Sexo	n°	%
Masculino	49	24,5
Femenino	151	75,5
Edad	n°	%
21-30	53	26,5
31-40	84	42,0
41-50	42	21,00
51-60	18	9,0
60+	3	1,5
Estado Civil	n°	%
Casado	77	38,5
Conviviente	34	17,0
Divorciado	2	1,0
Soltero	84	42,0
Viudo	3	1,5
Total	200	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se visualiza que el 75,5% del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca pertenece al sexo femenino; mientras que sólo el 24,5% corresponde al masculino.

Estos datos coinciden con los proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el cual informa que, en el Perú, a nivel nacional, en el año 2019 hay 93 972 enfermeras y tan sólo 86 252 médicos; situación que no es diferente en Cajamarca en donde hay 3 169 enfermeras y 959 médicos; pero, son disímiles a los que reporta Cuiyan, quien en su estudio realizado en China en el año 2020, encontró que el 67,3% de participantes fueron mujeres; de igual manera Liu C en su investigación realizada en China en el mismo año, reporta que su población fue predominantemente

femenina con un 84,57%; sin embargo, la presente investigación resulta ser similar por el hecho de que la mayoría de participantes son féminas.

Este dato probablemente es similar en todo el mundo, por el tipo de profesionales que laboran en salud, que generalmente es personal, que tradicionalmente es considerado como propio de las mujeres, como las enfermeras, obstetras, técnicos en enfermería, son pocos los varones que desarrollan estas profesiones, algo que no sucede con los médicos que en su mayoría son del sexo masculino, ya que de igual forma tradicionalmente es ejercida mayoritariamente por varones; sin embargo, tanto los unos como los otros están sujetos a padecer de estados emocionales patológicos como ansiedad, estrés o depresión, pues todos están en contacto con pacientes en estado crítico y sujetos a padecer de la COVID-19 (27).

Respecto a la edad, se aprecia que la mayoría de los encuestados pertenecen al grupo etario de 31 y 40 años, con el 42,0%; seguido del grupo de 21 a 30 años, con 26,5% y un mínimo porcentaje de 1,5% al grupo con más de 60 años de edad.

Realizar un análisis de los grupos etarios es importante porque determinadas edades son consideradas de riesgo, tal y como lo menciona la Organización Mundial de la Salud, las personas de más de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, son más vulnerables a una situación letal en caso de contagiarse por La Covid-19; sin embargo, para finales del año 2020 se puede apreciar que tanto personal femenino como masculino mayor de 60 años se han ido reincorporando a sus labores asistenciales en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, aunque en un porcentaje mínimo del 1,5%; porcentaje que coincide con el estudio de Zhang en China en el año 2020 quien también tuvo participación en su estudio del 1,4% de personal médico con edad mayor de 60 años.

Referente al estado civil, se observa que predominan solteros, con 42,0%; seguido del grupo de casados con 38,5% y convivientes con un porcentaje de 17,0%. Estos datos son diferentes a los reportados por Alkhamees A, quien en su estudio realizado en Arabia Saudita en el año 2020 encontró que el 42,1% eran solteros; el 53,3% casados; el mismo que coincide con el estudio de Liu C (China, 2020) quien encontró 36,13% eran solteros y que predominaron los casados con 62,50% respectivamente.

Cabe mencionar que en el Perú la realidad es distinta, ya que a nivel nacional el estado civil que predomina es la soltería con 38,5%; seguido del grupo de los convivientes, 26,7% y los casados que representan al 25,7% (28,29).

4.2 Identificación de características asociadas al contexto del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Tabla 02 Profesión del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Profesión	n°	%
Auxiliar de nutrición	2	1,0
Biólogo	1	0,5
Enfermera/o	63	31,5
Laboratorista	6	3,0
Médico	44	22,0
Obstetra	31	15,5
Técnico en enfermería	51	25,5
Tecnólogo médico	2	1,0
Total	200	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se visualiza que el 31,5% de participaciones en este estudio corresponde a licenciados en enfermería; mientras que el 22,0% de los participantes, son médicos.

La importancia de analizar las diferentes carreras profesionales que desempeña el personal de salud asistencial en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, radica en que determinadas profesiones tienen un mayor riesgo de infección que otras. En una Resolución Directoral el Hospital clasifica los niveles de riesgo a los que los profesionales están sometidos por la naturaleza de su profesión en cuatro niveles: riesgo muy alto, riesgo alto, mediano y bajo de exposición al Covid-19. Los médicos, enfermeras, obstetras y personal técnico de enfermería son los que tienen un nivel de riesgo muy alto de exposición a La Covid-19; debido a que trabajan en contacto con pacientes sospechosos y confirmados de Covid-19; mientras que los laboratoristas, nutricionistas, biólogos entre otros están considerados dentro del nivel de riesgo mediano de exposición al Covid-19; puesto que, por la naturaleza de su trabajo requieren contacto cercano y frecuente a menos de 1 metro de distancia con el público en general. Cabe resaltar que el Hospital Regional Docente de Cajamarca cuenta con un área diferenciada para pacientes covid, la misma que representa un mayor riesgo de exposición para el personal de salud que labora en dichas áreas frente a otros servicios del hospital (30).

Tabla 03 Elementos de protección del personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Cuenta con elementos de protección personal.	n°	%
SI	109	54,5
NO	91	45,5
Total	200	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se muestra que el 54,5% de los encuestados cuentan con todos los elementos de protección contra La Covid-19, que incluye mascarillas, trajes especiales y protectores faciales, necesarios en calidad y cantidad; mientras que, un significativo porcentaje de 45,5%, respondió que no cuenta con el equipo de protección personal necesario en calidad y cantidad.

El acceso limitado a equipos de protección personal debido al incremento en su demanda, acaparamiento, compra por pánico y uso indebido ha provocado un desabastecimiento real de equipos de protección personal no sólo en el Perú sino en todo el mundo, según informa la Organización Mundial de la Salud. Los trabajadores de la salud dependen del equipo de protección personal para protegerse a sí mismos y a sus pacientes de ser infectados e infectar a otros; sin embargo, la escasez ha dejado peligrosamente desprotegidos tanto a médicos, enfermeras, obstetras y otros trabajadores de primera línea frente a la lucha diaria en la atención de pacientes con la Covid-19. Cabe resaltar que el pilar fundamental en la lucha frente a la nueva pandemia por La Covid-19 es el personal de salud, motivo por el cual el objetivo principal del gobierno para salvaguardar la vida de otros millones de peruanos debería ser proteger la vida y la seguridad de todo el personal de salud (31).

Tabla 04 Infección de Covid-19, lugar de ocurrencia y preocupación de contagio, a sí mismo y a sus familiares del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Contagio de Covid-19	n°	%
SI	64	32,0
NO	136	68,0
Total	200	100,0
Ocurrencia de contagio	n°	%
Hospital	58	29,0
Casa	3	1,5
No sabe	3	1,5
No aplica	136	68,0
Total	200	100,0
Preocupación por contagio	n°	%
Si	120	60,0
No	16	8,0
No Aplica	64	32,0
Total	200	100,0
Preocupación por ser fuente de contagio	n°	%
Si	195	97,5
No	5	2,5
Total	200	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se refleja que el 68,0% del personal que participó de esta encuesta no se contagió de Covid-19; sin embargo, el 32,0% si se contagió, de los cuales 29,0% refieren que se contagiaron en el Hospital donde laboran; mientras que sólo el 1,5% reporta haberse contagiado en su hogar; a su vez, con un mismo porcentaje de 1,5% el personal refiere no saber dónde pudo ocurrir el contagio. Estos datos indican la probabilidad de un mayor riesgo por falta de protección que tendría el personal de salud al no contar con el equipo de protección personal necesario.

La Covid-19 continúa generando mucho dolor y lágrimas en la comunidad médica de todo el mundo que se encuentra en primera línea batallando contra la pandemia, en el Perú han fallecido 266 médicos a causa del coronavirus; mientras que 12 175 están infectados según lo reporta el Colegio Médico del Perú en los primeros días del año

2021; de otro lado el número de enfermeras contagiadas con COVID-19 es de 7 780 y 90 han fallecido; a su vez el Colegio de Obstetras del Perú reporta 3 151 profesionales de obstetricia con COVID-19 y 43 fallecidos en lo que va de la pandemia.

Un estudio realizado en China en 2020 menciona que, 23 de 3 387 trabajadores de salud infectados fallecieron a causa de Covid-19, ninguno de ellos pertenecía a divisiones hospitalarias de enfermedades infecciosas ni trabajaba en hospitales especializados en enfermedades infecciosas, el contagio pudo deberse a precauciones inadecuadas y/o protección insuficiente en las primeras etapas de la epidemia, según lo sugiere el mismo estudio; de otro lado, en otro grupo de 42 600 trabajadores de salud, que fueron enviados a la provincia de Hubei para atender a pacientes con Covid-19 ninguno de ellos se contagió, dato que indica que medidas estrictas de máxima protección a todo el personal sanitario puede evitar que los trabajadores de la salud se infecten y se tenga que lamentar la pérdida de quienes a diario exponen su vida en la batalla contra La Covid-19 (32,33,34).

Referente a la preocupación del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca por contagiar a sus familiares es mayor que la preocupación por contagiarse ellos mismos, con un 97,5% vs 60,0%.

Los trabajadores de la salud se han visto sometidos a una enorme preocupación por la posibilidad de contagiarse en el ejercicio de sus labores; sin embargo, la carga emocional que representa la posibilidad a diario de contagiar a sus familiares de una infección que no sólo tiene severas complicaciones, sino que puede terminar con la vida de quien la padezca es sin duda indiscutible, el riesgo que representa tener en casa adultos mayores, niños pequeños o familiares con comorbilidades, sumada a la angustia de aquellos profesionales quienes son el único sustento para sus familias frente a la posibilidad de dejar de existir a causa de esta enfermedad y dejar desprotegidos a sus seres queridos; más el impacto que genera atender o ver partir a un compañero, a un amigo, un maestro a causa de esta enfermedad, ha generado sin duda un incremento en la preocupación del personal de salud, que de perdurar en el tiempo puede derivar en problemas psicológicos más serios como la ansiedad y la depresión (35).

4.3 Determinación del grado de depresión, ansiedad y estrés en el personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Tabla 05 Depresión, ansiedad y estrés del personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Depresión	n°	%
Sin depresión	172	86,0
Depresión leve	13	6,5
Depresión moderada	11	5,5
Depresión severa	3	1,5
Depresión extremadamente severa	1	0,5
Total	200	100,0
Ansiedad	n°	%
Sin ansiedad	122	61,0
Ansiedad leve	25	12,5
Ansiedad moderada	36	18,0
Ansiedad severa	12	6,0
Ansiedad extremadamente severa	5	2,5
Total	200	100,0
Estrés	n°	%
Sin estrés	154	77,0
Estrés leve	26	13,0
Estrés moderado	18	9,0
Estrés severo	2	1,0
Total	200	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se aprecia que el 14,0% del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca sufre de depresión; de los cuales, el 6,5% padece depresión leve; el 5,5% sufre depresión moderada; el 1,5% depresión severa y el 0,5% padece depresión extremadamente severa.

Estos datos coinciden con los reportados por Zhang W, quien, en su estudio realizado en China en el año 2020, encontró que el 12,2% del personal médico padecía de depresión.

Si bien es cierto los porcentajes de personas con algún tipo de depresión de leve a extremadamente severa son mínimos, es importante reconocer que la depresión es uno de los trastornos más comunes que engloba una serie de sentimientos negativos como tristeza, falta de autoestima, pérdida de interés, sensación de cansancio y falta de concentración; además de dificultar significativamente el desempeño laboral. A su vez es indispensable determinar el grado de depresión ya que en su forma leve ésta se

puede tratar sin medicamentos; mientras que cuando es moderada a severa requiere de medicación y psicoterapia profesional ya que de llegar a su forma más grave la depresión puede llevar al suicidio; tal y como ocurrió en Italia y Venecia en el año 2020 con personal de enfermería quienes tomaron la fatal decisión de quitarse la vida tras sumergirse en cuadros extremadamente severos de estrés y depresión.

Respecto a la ansiedad se visualiza que el 39,0% del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca sufre de ansiedad; el 12,5% padece ansiedad leve; el 18,0% moderada; el 6,0% severa y el 2,5% extremadamente severa.

Cifras que difieren con los estudios realizados en China en el año 2020 el primero por Zhang W, quien encontró 23,04% de ansiedad en el personal médico; de los cuales, la ocurrencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fue de 2,17%; 4,78% y 16,09% respectivamente, y el segundo, investigación de Liu C, quien reporta que la ansiedad en su estudio fue del 12,5%, con 10,35% que sufrieron de leve; 1,36% que sufrieron de moderada y 0,78% que sufrieron de ansiedad severa.

Si bien la ansiedad es una de las reacciones más comunes en situaciones como la pandemia de Covid-19, es importante considerar que en algunos casos la ansiedad puede sobrepasar su función adaptativa y constituir un factor que ocasiona malestar subjetivo. Las personas con trastornos de ansiedad pueden pasar mucho tiempo sin buscar ayuda para la situación por miedo al rechazo, el estigma social que hay frente a problemas de salud mental, o la propia negación del malestar para mantener la funcionalidad, situación que lleva a adoptar conductas que mitigan la ansiedad como el consumo de alcohol u otras sustancias, los atracones de comida, entre otras conductas.

La importancia de determinar la ansiedad en el personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante la pandemia de la Covid-19, aparte de la afectación a la salud mental de los trabajadores es que la ansiedad, cuando está por encima de su nivel normal, debilita el sistema inmunitario y, como resultado, aumenta el riesgo de infección por el virus, según lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud (36).

Referente al estrés la tabla refleja que el 23,0% del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca sufre de estrés; de los cuales, el estrés leve, moderado y severo corresponden al 13,0%; 9,0% y el 1,0% respectivamente.

Datos que coinciden con el estudio realizado por Zhang W en China en el año 2020, quien manifiesta que la incidencia de trastorno por estrés en el personal médico fue del 27,39.

La pandemia de La Covid-19 conlleva a un incremento de los niveles de estrés de toda la población y con mayor razón en el personal de salud dada la naturaleza de su trabajo y su indispensable labor frente a la lucha diaria contra la Covid-19, la sintomatología tiene una gran variedad y es importante recalcar que no todos reaccionan de la misma manera ante el mismo estímulo estresante; sin embargo, en sus manifestaciones leves provoca un estado de embotamiento, con una disminución de la capacidad de concentración y notable desorientación, pasando luego a un estado de estupor disociativo o a una reacción de lucha y huida. A su vez es importante recalcar que el estrés desde su forma más leve a la más severa está asociado con la falta de concentración e incapacidad para solucionar pequeños problemas, creando una sensación de inseguridad. Por último, el estrés se manifiesta a través de una gran variedad de síntomas físicos como dolor de cabeza, debilidad, alteraciones del sueño, aumento de la sudoración, molestias en el estómago, tensión generalizada, dolor de cuello, espalda, dolor en el pecho; síntomas que evidentemente van afectar la vida personal de los trabajadores de la salud y que a su vez afectará notablemente su capacidad en la atención de los pacientes (36).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1° El mayor porcentaje del personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca son del sexo femenino, predomina el grupo etario de 31 a 40 años y en su mayoría de estado civil solteros.

2° El mayor porcentaje de profesionales de salud que laboran en el Hospital Regional Docente de Cajamarca son personal de enfermería, cuentan con equipo de protección necesario en calidad y cantidad; y aún no se han contagiado de covid-19; quienes lo han hecho han contraído la infección en su lugar de trabajo. La mayoría del personal teme contagiar a sus familiares.

3° El personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca minoritariamente presentó depresión leve, ansiedad moderada y estrés leve.

SUGERENCIAS

1° A los directivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca, se les sugiere realizar un programa sobre promoción educación y comunicación al personal de salud con un enfoque de prevención primaria y secundaria en torno a la salud mental.

2° Al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, se le sugiere realizar las gestiones correspondientes ante el gobierno peruano con la finalidad de garantizar el suministro de equipos de protección personal para todo el personal de salud.

3° A futuros tesisistas interesados en el tema se les sugiere realizar investigaciones considerando el nivel de riesgo de cada grupo de profesionales.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 7]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_8.
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 8]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200731-covid-19-sitrep-193.pdf?sfvrsn=42a0221d_4.
3. Ministerio de Salud. Situación actual "COVID-19" Perú-2020. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 9]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus310720.pdf>.
4. Gobierno Regional de Cajamarca. Test Covid-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 10]. Available from: <https://sar2.regioncajamarca.gob.pe/pau/covid19/mapa>.
5. Kang , Li Y, Hu S, Chen M, Yang P, Yang BX, et al. La salud mental de los trabajadores médicos en Wuhan, China, que se enfrentan al nuevo coronavirus de 2019. Elsevier. 2020 2020; 7(3).
6. Organización Mundial de la Salud. OMS advierte que pandemia afectará salud mental futura. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 1]. Available from: <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar%C3%A1-salud-mental-futura/a-53430908>.
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 8]. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
8. Sanitaria. Coronavirus Italia: alarma ante el suicidio de una enfermera con Covid-19. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 18]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/coronavirus-italia-alarma-ante-el-suicidio-de-una-enfermera-con-covid-19-5319>.
9. Ramírez J, Castro D, Lerma C, Yela F, Escobar F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Scielo. 2020 Mayo; 48(4).
10. Huang J, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X. Encuesta de salud mental del personal médico en un hospital terciario de enfermedades infecciosas por COVID-19. Pubmed. 2020 Marzo; 38(3).
11. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. Pubmed. 2020 Marzo; 3(3).

12. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. Una encuesta a nivel nacional sobre la angustia psicológica entre los chinos en la epidemia de COVID-19: implicaciones y recomendaciones de políticas. Pubmed. 2020 Marzo; 33(2).
13. Zhang R, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Problemas de salud mental y psicosociales de los trabajadores de la salud durante la epidemia de COVID-19 en China. Pubmed. 2020 Abril; 89(4).
14. Sun D, Yang D, Li Y, Zhou J, Wang W, Wang , et al. Impacto psicológico del brote del nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) en los trabajadores de la salud en China. Pubmed. 2020 Mayo; 148(96).
15. Liu Y, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang , et al. La prevalencia y los factores que influyen en la ansiedad en los trabajadores médicos que luchan contra el COVID-19 en China: una encuesta transversal. Pubmed. 2020 Mayo; 148(98).
16. Singhal. Una revisión de la enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19). Pubmed. 2020 Abril; 87(4).
17. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao G. Un nuevo brote de coronavirus que preocupa a la salud mundial. Pubmed. 2020 Febrero; 395(10223).
18. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill , Khan M, Kerwan , Jabir AA, et al. La Organización Mundial de la Salud declara emergencia global: una revisión del nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19). Pubmed. 2020 Abril; 76(71-76).
19. Zhang XY, Huang HJ, Zhuang DL, Nasser I, Yang MH, Zhu P, et al. Características biológicas, clínicas y epidemiológicas de COVID-19, SARS y MERS y simulación AutoDock de ACE2. Pubmed. 2020 Julio; 9(1).
20. Organización Mundial de la Salud. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
21. Wang Y, Wang Y, Chen Y, Qin Q. Las características epidemiológicas y clínicas únicas de la neumonía emergente por el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19) implican medidas de control especiales. Pubmed. 2020 Marzo; 10(1002).
22. Worldometer. Covid-19 Coronavirus Pandemic. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 1]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
23. Ministerio de Salud. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del covid – 19. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 8]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>.
24. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 20]. Available from:

https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/#:~:text=Entre%20ellos%20se%20incluyen%20la,del%20desarrollo%2C%20como%20el%20autismo.

25. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual. Scielo. 2014 Julio; 2(1).
26. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 15]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf.
28. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 16]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf.
30. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Resolución Directoral. Cajamarca: HRDC, Cajamarca; 2020. Report No.: GR-CAJ-DRDS/HRDC.DG.
31. Organización Mundial de la Salud. La escasez de equipos de protección personal pone en peligro a los trabajadores de la salud en todo el mundo. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 17]. Available from: <https://www.who.int/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>.
32. Colegio Médico del Perú. Diez médicos fallecieron durante los primeros días del 2021. [Online].; 2021 [cited 2021 Marzo 4]. Available from: <https://www.cmp.org.pe/diez-medicos-fallecieron-durante-los-primeros-dias-del-2021/>.
33. Colegio de Obstetras del Perú. COP. [Online].; 2021 [cited 2021 Marzo 4]. Available from: <http://colegiodeobstetras.pe/>.
34. Zhan M, Qin Y, Xue X, Zhu S. Muerte de Covid-19 de 23 trabajadores de la salud en China. Pubmed. 2020 Abril.
35. Valdés R, Cámara LA, De La Serna M, Abuabara Y, Carballo V, Hernández H, et al. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta médica colombiana. 2020 Julio; 45(3).
36. Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Scielo. 2020 Enero; 83(1).

37. Ortiz M. Web Excel. [Online].; 2011 [cited 2021 Febrero 18]. Available from: <https://exceltotal.com/numeros-aleatorios>.

ANEXO 1



Universidad Nacional De Cajamarca
Facultad De Ciencias De La Salud
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Consecuencias psicológicas de la pandemia por la Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020

I. GENERAL

1. Género

- a) Femenino
- b) Masculino

2. Edad

()

3. Estado Civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Viudo
- e) Divorciado

4. Profesión

- a) Médico
- b) Enfermero/a
- c) Obstetra
- d) Técnico en enfermería
- e) Laboratorista
- f) Otro ()

II. PREGUNTAS

5. ¿Cuenta con todos los elementos de protección (mascarilla, trajes especiales, protector facial) necesarios en calidad y cantidad?

- a) Sí
- b) No

6. ¿Se contagió de Covid-19?

- a) Sí
- b) No

7. ¿Si se contagió dónde cree que ocurrió?

8. ¿Si no se contagió le preocupa la posibilidad de contagiarse del COVID-19?

- a) Sí
- b) No

9. ¿Le preocupa contagiar a sus seres queridos?

- a) Sí
- b) No

III. DASS-21

- 0 Nunca casi/casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Muchas veces
- 3 Siempre/Casi siempre

1. Me cuesta mucho relajarme	0	1	2	3
2. Tengo la boca seca	0	1	2	3
3. No puedo sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hace difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hace difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reacciono exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Siento que mis manos tiemblan	0	1	2	3
8. Me siento nervioso/a	0	1	2	3
9. Estoy preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Siento que no tengo nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noto que me agito	0	1	2	3
12. Se me hace difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me siento triste y deprimido	0	1	2	3
14. No tolero nada que no me permita continuar con lo que estoy haciendo	0	1	2	3
15. Siento que estoy al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me puedo entusiasmar por nada	0	1	2	3

17. Siento que valgo muy poco como persona	0	1	2	3
18. Siento que estoy muy irritable	0	1	2	3
19. Siento los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tengo miedo sin razón	0	1	2	3
21. Siento que la vida no tiene ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO 2

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2020

ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	11	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	11	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,962	21

ANEXO 3

MUESTRAS SELECCIONADAS DEL MARCO MUESTRAL MEDIANTE EL METODO DE NUMEROS ALEATORIOS (n=200)

Ord.	Muestra								
1	718	41	524	81	265	121	336	161	594
2	881	42	995	82	4	122	310	162	291
3	499	43	714	83	573	123	311	163	721
4	445	44	879	84	270	124	400	164	932
5	854	45	574	85	799	125	736	165	199
6	155	46	492	86	281	126	965	166	458
7	816	47	769	87	26	127	378	167	481
8	300	48	144	88	885	128	235	168	504
9	937	49	627	89	221	129	120	169	726
10	431	50	972	90	134	130	994	170	714
11	202	51	824	91	806	131	294	171	446
12	201	52	748	92	641	132	687	172	78
13	774	53	929	93	949	133	346	173	104
14	379	54	617	94	819	134	35	174	631
15	156	55	597	95	1028	135	395	175	358
16	162	56	838	96	713	136	693	176	326
17	960	57	919	97	364	137	962	177	770
18	525	58	26	98	972	138	684	178	543
19	534	59	375	99	273	139	886	179	524
20	833	60	121	100	157	140	829	180	767
21	935	61	947	101	1024	141	228	181	39
22	379	62	789	102	742	142	909	182	116
23	13	63	502	103	76	143	757	183	13
24	228	64	773	104	864	144	609	184	505
25	62	65	188	105	355	145	583	185	437
26	182	66	401	106	848	146	246	186	417
27	488	67	899	107	135	147	289	187	107
28	581	68	517	108	396	148	580	188	202
29	160	69	1	109	755	149	314	189	719
30	693	70	594	110	807	150	458	190	252
31	532	71	666	111	282	151	542	191	972
32	183	72	892	112	131	152	1006	192	457
33	924	73	700	113	929	153	510	193	356
34	66	74	127	114	554	154	752	194	664
35	909	75	267	115	249	155	515	195	254
36	249	76	345	116	27	156	858	196	182
37	606	77	877	117	834	157	246	197	484
38	367	78	270	118	911	158	765	198	984
39	441	79	565	119	147	159	194	199	815
40	231	80	451	120	461	160	270	200	838

Microsoft Excel 2010 (37)