



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

TESIS

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAL
DE SALUD SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL COVID-19
DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE**

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Autores:

Bach. Fuentes Muro, Mónica Lorena (<https://orcid.org/0000-0003-3821-2298>)

Bach. Manay Martínez, Wilson Christoper (<https://orcid.org/0000-0003-0426-9544>)

Asesor:

Dr. Rodríguez Zanabria, Edgar Alonso
(<https://orcid.org/0000-0001-8353-2608>)

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – Perú

2022

Aprobación del jurado

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAL
DE SALUD SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL COVID-19
DEL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE**

POR

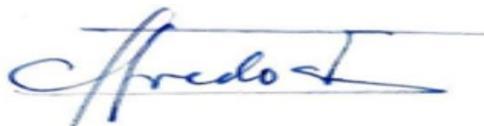
Bach. Fuentes Muro Mónica Lorena

Bach. Manay Martínez Wilson Christoper

Presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de
Sipán, para optar el Título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR



DR. CÉSAR ALFREDO COBEÑAS VILLARREAL
PRESIDENTE



DR. CARLOS ALBERTO CHIRINOS RIOS
SECRETARIO



DR. ELMER LÓPEZ LÓPEZ.
VOCAL

Pimentel, Perú – 2022

DEDICATORIA

A Dios por bendecirnos cada día y permitirnos haber culminado satisfactoriamente una de las etapas más importantes de nuestras vidas. A nuestros padres por ser nuestra fuerza en los momentos más difíciles, por su sacrificio para poder seguir adelante y porque hicieron nuestro progreso su felicidad. Y a los demás miembros de nuestras familias por el apoyo incondicional y motivación.

AGRADECIMIENTO

Damos las gracias a Dios por ser el hacedor de todos nuestros propósitos como lo es terminar nuestra formación profesional y a nuestras familias por el apoyo constante durante estos siete años, por la motivación de ser mejores cada día y la confianza de concretar este hermoso sueño de ser médicos. nuestra gratitud a ADA FLOR MANAY BARRERA por habernos acompañado en todo el proceso de este estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Realidad Problemática.....	8
1.2. Trabajos previos.....	9
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	12
1.4. Formulación del Problema.....	16
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	16
1.6. Hipótesis.....	17
1.6.1. Hipótesis general	17
1.7. Objetivos.....	18
1.7.1. Objetivos General	18
1.7.2. Objetivos Específicos.....	18
II. MÉTODO.....	19
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	19
2.2. Población y muestra.....	20
2.3. Variables, Operacionalización.....	22
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	24
2.5. Procedimientos de análisis de datos.....	25
2.6. Criterios éticos.....	25
2.7. Criterios de Rigor Científicos.....	26
III. RESULTADOS	27
3.1. Resultados en Tablas y Figuras.....	27

3.2. Discusión de resultados	29
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
4.1. Conclusiones.....	32
4.2. Recomendaciones	33
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La actual pandemia COVID-19 ha ocasionado el colapso de los sistemas de salud, lo cual ha generado una exigencia mayor al personal de salud. Esta situación ha desencadenado la aparición de trastornos que afectan la salud mental (sintomatología depresiva.)

OBJETIVO: Determinar la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva en personal de salud según la exposición al COVID-19 del Hospital Referencial de Ferreñafe.

MATERIAL Y MÉTODO: La investigación es de tipo cuantitativa transversal descriptiva comparativa con diseño no experimental en 140 trabajadores de salud pertenecientes al Hospital Referencial de Ferreñafe, quienes se agruparon de acuerdo a las variables de comparación: presencia de comorbilidades, exposición al COVID-19 e incremento de la carga laboral. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II.

RESULTADOS: 90% de los trabajadores que atiende a pacientes diagnosticados con COVID-19, manifestó una sintomatología depresiva en el nivel mínimo; mientras que el 89.9 % de los participantes que no atienden a dichos pacientes evidenciaron una depresión mínima. Asimismo, la exposición al COVID-19 y la presencia de comorbilidades no fue significativa en la sintomatología depresiva. No obstante, el aumento de trabajo como consecuencia de la pandemia, sí presentó una significancia en la sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES: La exposición al COVID-19 no fue significativa en la sintomatología depresiva; sin embargo, se encontró una significancia en el incremento de la carga laboral a causa de la pandemia.

Palabras clave: Exposición al COVID-19, sintomatología depresiva, personal de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The current COVID-19 pandemic has caused the collapse of health systems, which has generated a greater demand on health personnel. This situation has triggered the emergence of disorders affecting mental health (depressive symptomatology).

OBJECTIVE: To determine the existence of significant differences in depressive symptomatology in health personnel according to exposure to COVID-19 at the Hospital Referencial de Ferreñafe.

MATERIAL AND METHOD: The research is a quantitative cross-sectional descriptive comparative type with a non-experimental design in 140 health workers belonging to the Hospital Referencial de Ferreñafe, who were grouped according to the comparison variables: presence of comorbidities, exposure to COVID-19 and increase in workload. The Beck Depression Inventory-II was applied.

RESULTS: 90% of the workers caring for patients diagnosed with COVID-19, manifested depressive symptomatology at the minimum level; while 89.9% of the participants not caring for such patients evidenced minimal depression. Likewise, exposure to COVID-19 and the presence of comorbidities was not significant in depressive symptomatology. However, the increase in work as a consequence of the pandemic did present a significance in depressive symptomatology.

CONCLUSIONS: Exposure to COVID-19 was not significant in depressive symptomatology; however, significance was found in increased workload due to the pandemic.

Keywords: Exposure to COVID-19, depressive symptomatology, health personnel.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

Al término año 2019, en Wuhan, la unidad de epidemiología identificó un nuevo virus perteneciente a la familia del coronavirus capaz de producir una neumonía aguda atípica en las personas infectadas, afectando mayormente a la población adulta mayor. A este virus se le denominó SARSC-Cov-2, también conocido como nuevo coronavirus 2019. ⁽¹⁾ En el tercer mes del 2020 la Organización Mundial de la Salud OMS, reportó la propagación del COVID-19 en 100 naciones a más, habiéndose detectado los primeros casos en Italia, Alemania y Francia, mientras que en el continente americano se detectaron los primeros casos en EE. UU, para después propagarse hasta Brasil y demás estados. ⁽²⁾

Así, el 6 marzo 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en Perú, y nueve días después se decretó el Estado de Emergencia Nacional que implicó la adopción de medidas de aislamiento social obligatorio con el propósito de contrarrestar el incremento de los contagios en la población. ⁽³⁾ Posteriormente, finalizando el mes de junio del 2021, los contagios confirmados alcanzaron la cifra de 2 033 606, y 9 702 pacientes hospitalizados, de los cuales 2 388 requerían de ventilación mecánica. La cifra de fallecidos hasta esa fecha ascendían a 190 906. ⁽⁴⁾

En Lambayeque, a fines de junio del 2021 los casos por COVID-19 ascendían a 57 124, de los cuales 2 985 provenían del distrito de Ferreñafe, en donde se han registrado 269 fallecimientos. ⁽⁵⁾ En este contexto, el Hospital Referencial de Ferreñafe adicionó 13 camas de hospitalización más, alcanzando un total de 25 camas para atender a pacientes con necesidades de oxígeno. Con esta medida se buscó cubrir la alta demanda por el incremento de contagios. ⁽⁶⁾

De esta manera, el personal de salud es un recurso sumamente valioso en la lucha contra la pandemia. Así, mientras la población acata las restricciones del estado de emergencia, los médicos y demás trabajadores de esta área

enfrentan al COVID-19 en primera línea comprometiendo su salud integral. Esta compleja situación, favorece el incremento del agotamiento mental y físico al encontrarse expuesto al riesgo de contagio, a la alta presión laboral, y al dolor ante la pérdida de pacientes y colegas. ⁽⁷⁾ Estas condiciones pueden favorecer el surgimiento de trastornos psicológicos, tales como la depresión. ⁽⁸⁾ Así, investigaciones de alcance poblacional llevados a cabo en China indican que del 29.3 % al 53.8 % de los participantes experimentaron una afectación psicológica en niveles de moderados a severos. ⁽¹⁾

Por su parte, la OMS refiere que la depresión es el trastorno con mayor frecuencia a nivel mundial, llegando a afectar a más de 300 millones de seres humanos a nivel mundial. Esta realidad contribuye significativamente a la carga mundial de discapacidad y morbilidad puesto que este trastorno al intensificarse y volverse crónico impacta negativamente en el área personal y social de los individuos que la padecen. ⁽¹⁰⁾ En Perú, un estudio respecto a la salud mental de los ciudadanos durante el Estado de Emergencia encontró que el 28.5% de 58,349 sujetos, revelaron padecer síntomas de depresión. Así, el 41 % de este porcentaje, experimentó una depresión de nivel moderada a severa; y el 12.8 %, manifestó presentar pensamiento suicida. ⁽⁹⁾

Es por ello que, el apoyo psicosocial y el cuidado de la salud mental resultan fundamentales para afrontar la actual pandemia. Por lo cual, se rescata la importancia de realizar intervenciones en salud mental orientados a su promoción y prevención tomando en cuenta áreas personales, familiares y comunitarias de la población para evitar el desarrollo de trastornos que alteren el bienestar mental como la depresión. ⁽⁹⁾

1.2. Trabajos previos.

En Cuba ⁽¹¹⁾ investigaron la sintomatología asociada al trastorno depresivo en 61 profesionales en salud delegados al cuidado de pacientes con diagnóstico COVID-19. Se halló que el síntoma que presentó mayor asociación a la depresión fue el cansancio con un 59.02 %, de los cuales el 62,5 % era personal femenino.

En España, en una investigación desarrollada para analizar la afectación

psicológica en 421 profesionales de salud durante la pandemia, se halló que el 27,4 % del total de la muestra, evidenció manifestaciones depresivas y el 28,9 %, complicaciones para conciliar el sueño. Además, se encontró que los trabajadores mayores de 36 años presentaron una sintomatología depresiva más elevada, con un 19,5 %. Evidenciándose también que el personal que experimentó miedo en el lugar de trabajo, reportó niveles de depresión mayores. ⁽¹²⁾

Pincay ⁽¹³⁾ desarrolló una investigación en Ecuador que tenía la finalidad de conocer la correlación entre el bienestar mental y encontrarse expuesto al COVID-19 en 75 profesionales en salud. Se halló que el 96 % de los participantes evidenciaron niveles leves en depresión y el 46,7 % desempeña sus funciones con un nivel de exposición de riesgo muy bajo, el 45,3 %, en un nivel medio, y el 8, % en un nivel alto. Con lo cual, el autor concluye confirmando una relación estadística del riesgo de exposición al COVID-19 y la salud mental.

En México, Rodríguez, Díaz, Franco, Aguirre y Camarena ⁽¹⁴⁾ elaboraron una investigación en diferentes hospitales, encontrando que 74.2 % (182) trabajadores del área crítica evidenciaron depresión; además el 26.7% de ellas presentaron ideación suicida, concluyendo que la sintomatología depresiva y el estrés se correlacionan entre sí.

Ramírez, Ocampo, Ortega y Erazo ⁽¹⁵⁾ desarrollaron una investigación en Ecuador, en la cual estudiaron la relación entre la salud general y la carga laboral en 100 técnicos de enfermería, encontrando que el 78 % de ellos manifestaron síntomas depresivos, los cuales a su vez se asociaron de forma significativa con la sobrecarga laboral.

Por otro lado, en otra investigación realizada en Ecuador, Ayala ⁽¹⁶⁾ encontró en una muestra de 112 médicos que el 35.7 % mostró una depresión en nivel mínimo, continuado del 26.8 % en nivel leve, luego del 19.6% un nivel grave y finalmente el 17.9 % en nivel moderado. Así mismo, las comorbilidades presentaron una relación con la sintomatología depresiva en los participantes.

En otra investigación llevada a cabo en Lima-Perú por Pazos y Chávez, ⁽¹⁷⁾ con 150 trabajadores del sector salud de un hospital y 150 sujetos comunes durante la actual pandemia. Encontrando que la sintomatología depresiva (59 %) del personal de salud se asocia con su condición laboral, al compararlo con

la sintomatología depresiva de la población común (43 %). Con estos resultados, los autores concluyen que los profesionales en salud presentan una predisposición superior a experimentar síntomas depresivos que el resto de la población.

En Chiclayo-Perú, Guzmán, ⁽¹⁸⁾ analizó la relación entre la salud mental y la sintomatología depresiva de 30 trabajadores de salud en la pandemia por COVID-19. Encontrando que el 23.3 % de la muestra evidenció un nivel promedio en salud mental y el 67.9% un nivel bajo en sintomatología depresiva. De tal manera se determina la inexistencia de una relación entre la salud mental y la depresión en los profesionales en salud.

Fernández, ⁽¹⁹⁾ en La Libertad, desarrolló una investigación descriptiva con una muestra de 200 profesionales del área de salud, hallando una prevalencia del 96 % de depresión en el nivel mínimo y un 1 % en el nivel moderado. Cabe señalar que ningún participante se ubicó en el nivel grave de depresión.

Así también, Loayza, ⁽²⁰⁾ estudió en Arequipa la asociación entre los síntomas depresivos y ansiosos y el ser diagnosticado con COVID-19 empleando una muestra de 137 profesionales en salud. Se encontró que el 70.07 % evidenció sintomatología depresiva y que las variables sociodemográficas no se asocian significativamente con la depresión; sin embargo, sí se halló una correlación relevante entre los síntomas depresivos y ansiosos y la presencia de COVID-19.

En Huancayo, Anticona, ⁽²¹⁾ elaboró una investigación con el propósito de describir niveles de síntomas depresivos en 231 profesionales en salud. Resultados con nivel leve predomina el 37.34 % de los participantes. El 30.29 % se ubicó en el nivel mínimo, el 24,90 % en el nivel moderado, y el 7,47 % restante evidenció un e nivel grave.

Condori, ⁽²²⁾ en la ciudad de Arequipa estudió la asociación entre la depresión y la exposición al COVID-19 en 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19. Resultados indican el 56,7 % experimentó un trastorno depresivo en niveles leves a moderados. Incluso, se confirmó la asociación estadística entre el trastorno depresivo y el estar en contacto con el virus, el padecer una enfermedad crónica, el tipo de actividad, la edad y el ser mujer.

Asimismo, Siu ⁽²³⁾ ejecutó una investigación en Arequipa para identificar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en 55 médicos y no médicos durante la actual pandemia. Entre los resultados se encontró una prevalencia de sintomatología depresiva de 30.4 %, confirmándose además la no existencia de una correlación entre la condición de ser médico y la sintomatología depresiva.

De igual forma, en Lambayeque, Vallejos ⁽²⁴⁾ analizó las consecuencias emocionales a raíz del COVID-19 en 79 profesionales en salud. Se halló una predominancia del 80 % de enfermeras en el nivel leve del trastorno depresivo, un 55.66 % en los tecnólogos médicos y un 50 % en los médicos. Además, se encontró que las mujeres evidenciaron un predominio de dificultades en salud mental con respecto al sexo opuesto. Con lo cual, el autor concluye que las consecuencias de la pandemia repercuten emocionalmente en el personal sanitario.

Finalmente Fernández, Estrada y Arizmendi ⁽²⁵⁾ investigaron las variables asociadas a la depresión y otros trastornos en 106 enfermeros, evidenciando que el 40 % manifestó depresión leve, mientras que el 22 %, un nivel moderado, y un 1 %, un nivel grave. Además, se halló que la depresión se asocia con la sobrecarga laboral, la muerte del paciente y los conocimientos insuficientes.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Sintomatología depresiva

La depresión es una enfermedad psicológica que se observa reiteradamente en la población, involucrando síntomas de anhedonia, tristeza, baja autoestima, culpa, afectación del apetito o del sueño, de la concentración y cansancio, desencadenando así un déficit del desempeño escolar o laboral de la persona con depresión, quien en consecuencia se verá limitado en sus capacidades para afrontar la vida. ⁽²⁶⁾

1.3.2. Teoría Cognitivista de la depresión

Se distingue como representante Beck, que describe al trastorno depresivo como una enfermedad que afecta el estado anímico y se caracteriza por la presencia de

pensamientos distorsionados que impactan negativamente en la salud psíquica de quien la padece. ⁽²⁷⁾ Actualmente, esta teoría es la que goza de mayor aceptación en los diversos estudios científicos que abordan la depresión y se basa en la teoría cognitiva.

El modelo cognitivo considera cuatro factores responsables del surgimiento de la depresión, siendo el primero de ellos la triada cognitiva que alude a la percepción negativa que el sujeto mantiene respecto al futuro, a su entorno y a su propia persona. En este sentido, el sujeto con depresión se percibe como alguien indigno, indeseable e incapaz que ve en el mundo un lugar lleno de obstáculos y problemáticas sin solución, con un futuro desesperanzador. Por otro lado, el segundo factor involucra a los pensamientos automáticos negativos. Estos pensamientos son de naturaleza involuntaria y repetitiva que activan la carga emocional característica en los procesos depresivos. El tercer factor hace referencia a los errores de percepción y de procesamiento de información. El último factor representa a los esquemas disfuncionales. Estos son hipótesis que el sujeto tiene y que organizan y estructuran sus ideas, pensamientos y cogniciones respecto al mundo. ⁽²⁸⁾

1.3.3. Teoría Neurobiológica de la depresión

Atribuye la etiología de la depresión a aspectos tanto fisiológicos como biológicos. Para este modelo el trastorno depresivo tiene su origen la alteración de diversos neurotransmisores, entre ellos la dopamina, norepinefrina y la serotonina. Aun así, con la tecnología día a día se ha logrado conocer la implicancia de otros factores en el surgimiento de la depresión. Entre ellos destacan los cambios en la estructura del hipocampo, corteza prefrontal y la amígdala, como también el tamaño de las neuronas y de la densidad glial y la alteración del metabolismo. Así también, en la intervención de las monoaminas, de sus polimorfismos y transportadores; agrupados al glutamato y a otros neurotransmisores. ⁽²⁹⁾

1.3.4. COVID-19

Se originan de una familia de virus que tienen la capacidad de infectar a seres humanos y animales, desarrollando infecciones en las vías respiratorias, las cuales

se presentan como resfriados comunes llegando incluso a desencadenar cuadros graves como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave SRAS o el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio MERS. La COVID-19 es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo o SARS-CoV-2, que se hizo conocido al suscitarse los primeros casos en China. ⁽³⁰⁾

Diversos estudios refieren que al ser una enfermedad nueva, se desconocen aún sus mecanismos fisiopatológicos. Incluso, se presume que el sistema inmune no podría combatir de forma eficaz al COVID-19, lo cual desencadenaría en un mal funcionamiento fisiológico. ⁽³¹⁾

1.3.5. Exposición al COVID-19 y depresión

El estar expuesto en zonas destinadas a la atención de infectados con COVID-19 genera en los individuos un estado de alerta frente al peligro ya que se encuentra constantemente en contacto con el virus, lo que representa un riesgo de contagio. Se considera además que la exposición al COVID-19 es factor capaz de predecir la aparición de síntomas depresivos en la persona. ⁽³²⁾

Así, el encontrarse en una situación de exposición al COVID-19 tiene un mayor impacto en personal de salud puesto que los encargados de brindar atención médica lo hacen dentro de un estado de emergencia con acceso a pruebas inadecuadas y escasos equipos de protección personal y otros implementos necesarios para desempeñar su labor, así como la falta de alternativas de tratamientos adecuados. Si a esto se le agrega las arduas horas laborales y preocupaciones relacionadas al contexto de una enfermedad de propagación mundial, los predispone a desencadenar alguna patología de afectación mental. De tal manera que es necesario capacitar a los profesionales de este sector en temas de salud mental puesto la atención de los casos positivos al virus está a cargo de estos trabajadores y, en consecuencia, la educación en estrategias orientadas a la atención correcta de los trastornos en salud mental es imprescindible, tanto para los pacientes como para el personal encargado de dicha atención. ⁽³³⁾

Así también, en una investigación se determinó que ciertos factores favorecen el desarrollo de debilidad en la psiquis de los profesionales sanitarios, tales como los protocolos rigurosos de defensa que siguen por tiempos prolongados, la tensión asociada al trabajo en centros hospitalarios y los cambios del horario laboral que

aunado a la preocupación y riesgo producirían efectos tanto emocionales como psicológicas. Por esta razón resulta necesario implementar intervenciones en salud mental acoplados a las necesidades de los diferentes diagnósticos que se suscitan en la población. ⁽¹¹⁾

1.3.6. Carga laboral y depresión

El exceso de trabajo resulta del conflicto entre desarrollar diversas actividades en un determinado tiempo y el gasto de energía que se atribuye al cumplimiento de dichas actividades. Esta situación dificulta la consecución de un desempeño satisfactorio y confortable. ⁽³⁴⁾ Incluso, es considerado un estresor de naturaleza psicológica responsable de la aparición de estrés laboral en los trabajadores, que afecta su salud. Así también, el exceso de carga laboral es descrito por diversos autores como un factor de riesgo para los trabajadores, pues produce efectos negativos que alteran la salud física y psíquica, y predisponen a sufrir accidentes laborales a causa de la sobrecarga de las capacidades físicas del trabajador. ⁽³⁵⁾

Durante la pandemia por COVID-19, el personal de salud ha visto incrementado su carga laboral debido a la alta demanda para atender a pacientes infectados en estado crítico que son vulnerables a desarrollar trastornos de insuficiencia respiratoria de forma abrupta, requiriendo una revaloración y un constante monitoreo lo que genera necesariamente el empleo de equipos de protección personal EPP siguiendo un meticuloso protocolo de bioseguridad. Esta situación tiende a propiciar un desgaste rápido tanto mental como físico. ⁽³⁶⁾ Así, el sobrecargarse de actividades puede impactar negativamente en la atención del paciente, porque no se consideran los factores que afectan de forma directa el trabajo de esta población, como el exceso de pacientes para atender por jornada, los cuidados y procedimientos que se aplican en estas intervenciones y el ambiente de trabajo que en muchos casos no favorece el mejoramiento de los servicios brindados. ⁽³⁷⁾ En este sentido, el impacto que estos elementos ejerzan en los trabajadores estará en función de la interpretación que estos realicen respecto a sus capacidades de adaptación y respuesta y sobre los estímulos que perciban. Por tanto, la adaptación a nuevos contextos puede ser percibida de manera distinta de acuerdo a las circunstancias de cada individuo. Por ejemplo, un adulto mayor podría percibir la pandemia como un evento sumamente estresante, no obstante,

un grupo etario distinto, probablemente la consideraría como una experiencia novedosa.⁽³⁷⁾

1.3.7. Comorbilidades y depresión

La comorbilidad se describe como la coexistencia de dos a más padecimientos en un mismo sujeto, que va a afectar su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.⁽³⁸⁾ Así, se han encontrado enfermedades crónicas que se asocian a trastornos que afectan la salud mental, como la depresión, tales como el cáncer, dolor crónico, hipotiroidismo, hipertensión arterial, diabetes y otros trastornos cardiovasculares. De esta manera, se establece que las comorbilidades afectan de forma significativa el desempeño del trabajador.⁽³⁹⁾ Incluso, en diferentes investigaciones, se halló que quienes sufrían patologías crónicas como diabetes, evidenciaron un riesgo mayor para experimentar depresión, en comparación a personas sanas.⁽⁴⁰⁾

En el cuadro de COVID-19, también se han detectado comorbilidades que elevan el riesgo de desarrollar complicaciones graves y letales, tales como la obesidad; ya que son estas personas presentan una mayor posibilidad de ocupar una Unidad de Cuidados Intensivos.⁽⁴¹⁾ Asimismo, la hipertensión o un trastorno respiratorio crónico o cerebrovascular es asociada al aumento de mortalidad en diagnósticos COVID-19.⁽⁴²⁾

1.4. Formulación del Problema.

¿Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva del personal de salud según la exposición al COVID-19 del Hospital Referencial de Ferreñafe?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Al iniciarse COVID-19, los sistemas de salud colapsaron. En Perú, ello provocó el incremento de la demanda laboral en los trabajadores del sector salud. Aunado al riesgo de contagio y a la ineficiencia en la distribución de los suplementos destinados a la protección personal de los trabajadores en primera línea, esta población se vuelve propensa a padecer trastornos de afectación a la salud mental

que a su vez comprometen su desempeño. Así, la depresión es uno de los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la población, por ende el conocer cómo esta afecta a la persona de salud que se encuentra expuesto al COVID-19, brinda un sustento de carácter científico para elaborar programas de intervención que contribuyan a la contención de la pandemia y que se orienten al cuidado de la salud mental del personal de salud que labora en primera línea. Asimismo, la investigación podrá servir como un antecedente que sirva de base a otros estudios que exploren la sintomatología depresiva aplicando un diseño con un alcance mayor.

1.6. Hipótesis.

1.6.1. Hipótesis general

HG: Sí existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en personal de salud según la exposición al COVID-19 del Hospital Referencial de Ferreñafe

1.6.2. Hipótesis específicas

H1: Sí existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva según la presencia de comorbilidades en personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe durante la pandemia por COVID-19.

H2: Sí existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe según el incremento de la carga laboral a causa de la pandemia por COVID-19.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General

- Determinar la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva en personal de salud según la exposición al COVID-19 del Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Identificar la sintomatología depresiva en personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe según su exposición al COVID-19.
- Determinar la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva según la presencia de comorbilidades en personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe a causa de la pandemia por COVID-19.
- Establecer la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva en personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe según el incremento de la carga laboral a causa de la pandemia por COVID-19.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Tipo de investigación

Es cuantitativo, porque se dirige a analizar un aspecto de la realidad en función de una serie de mediciones numéricas y aplicaciones estadísticas con el propósito de patrones o predicciones sobre un fenómeno determinado. Es transversal dado que la recopilación de la información se realizó en periodo determinado. Asimismo, es descriptivo comparativo puesto que busca establecer diferencias entre dos o más grupos respecto a una variable de estudio. Se representa así:⁽⁴³⁾:

M1----- 01	01 = 02
M2----- 02	≠

En donde:

M1: Personal de salud que atiende a pacientes COVID-19 positivo.

M2: Personal de salud que no atiende pacientes COVID-19 positivo.

01: Sintomatología depresiva del personal de salud que atiende a pacientes COVID-19 positivo.

02: Sintomatología depresiva del personal de salud que no atiende a pacientes COVID-19 positivo.

Diseño

No experimental. ⁽⁴³⁾

2.2. Población y muestra.

Población

Entendida como la suma de objetos o individuos los cuales tienen en común alguna característica semejante ⁽⁴⁴⁾. En este estudio la población está constituida por el total de personal de salud asistencial que laboran en el hospital en mención en el transcurso de julio a setiembre del 2021 siendo un total de 214.

Muestra

Es la fracción de individuos que agrupados conforman una población. ⁽⁴⁴⁾ Para los propósitos del presente estudio, el tamaño muestral se estimó aplicando la ecuación estadística para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 \alpha \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño muestral

Z: valor en la distribución de gauss

N: Tamaño de la población

p= .50

e: error esperado 5.0 % (e=0,05)

$$n = \frac{1.96^2 * 214 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(214 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

n=140

La muestra estuvo conformada por 140 personas que laboran en la parte asistencial del hospital, divididos en dos grupos diferentes: personal de salud que asiste a pacientes con diagnósticos ajenos a COVID-19 y personal de salud encargado de atender personas infectadas con el COVID-19. El primer grupo se conformó por 69 personas cuyas actividades no incluían la atención a pacientes con diagnóstico positivo a COVID-19. Los 71 restantes que sí atienden a pacientes COVID-19

positivos en el momento del levantamiento de los datos. Ambos grupos incluyen personal médico y no médico.

Cabe señalar que la elección de los participantes se hizo a través de un muestreo por conveniencia.

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas

	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Femenino	90	64.3 %
Masculino	50	35.7 %
Total	140	100%
Edad		
De 18 a 30 años	47	33.6 %
De 31 a 40 años	30	21.4 %
De 41 a 50 años	41	29.3 %
De 51 a 60 años	17	12.1 %
De 61 años a más	5	3.6 %
Total	140	100%
Estado civil		
Soltero (a)	71	50.7 %
Casado/Conviviente	59	42.1 %
Separado (a)	10	7.1 %
Total	140	100%

Así, de los 140 participantes, se verifica que la mayor parte del personal evaluado son mujeres con el 64.3 %. En cuanto a la edad, el 33.6 % presenta de 18 a 30 años, el 29.3 % tiene entre 41 a 50 años, el 21.4 %, de 31 a 40 años, el 12.1 %, de 51 a 60 años, y el 3.6 % restante más de 61 años. Respecto al estado civil, el 50.7 % es soltero (a), el 42.1 %, casado o conviviente, y el 7.1 % restante expresa encontrarse separado (a).

Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión:

- Tener una edad mayor de 18 años y menor a 65 años.
- Haya firmado el consentimiento informado.
- Ser trabajador del Hospital Referencial de Ferreñafe durante los meses de Julio a Setiembre del 2021.
- En atención de pacientes con diversos diagnósticos.
- En atención de pacientes con diagnóstico positivo para COVID-19.

- Exclusión:

Personal de salud que cumpla las siguientes pautas

- Reciba tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico para atender síntomas depresivos o ansiosos durante la investigación.
- No haya respondido la totalidad de preguntas del formulario de Google.
- Personal no asistencial.

2.3. Variables, Operacionalización.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
-----------------	------------------------------	--------------------	-------------------------------	--------------------	---------------------------

Sintomatología Depresiva	Afectación del estado anímico, que se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados que alteran el bienestar psicológico del sujeto.	-Conductual/ física -Emocional/ afectiva - Cognitiva	La frecuencia con la que la sintomatología depresiva se presenta en el personal sanitario.	Respuestas del Inventario de Depresión de Beck	Cualitativa Ordinal
Exposición al COVID-19	Situación laboral del centro de trabajo que implica la asistencia a pacientes con COVID-19 diagnosticado.	-----	Condiciones relacionadas al trabajo que implica atender pacientes COVID-19 positivos.	- Con exposición al COVID-19 - Sin exposición directa al COVID-19	Cualitativa Nominal
Comorbilidades	Presencia sincrónica de uno o más padecimientos en un mismo sujeto.	----	Diagnósticos que el participante declare tener en sus respuestas.	Con comorbilidades: - Sobrepeso - Hipertensión - Diabetes Sin	Nominal

				comorbilidades.	
Incremento de la carga laboral	Elevación de horas de trabajo y actividades que originan una sobreexigencia en el empleado.	---	Modificación en la cantidad de horas laborales y en las actividades a causa de la pandemia, que el trabajador expresa mediante la respuesta del formulario.		Nominal

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

En el levantamiento de datos se administró La encuesta del “Inventario de Depresión de Beck II”, el cual tiene el propósito de mensurar la intensidad en que la sintomatología depresiva se presenta en el sujeto a través de 21 ítems con escala de tipo Likert que dan lugar a cuatro alternativas de respuesta. Su calificación va de 0 a 3 puntos permitiendo una puntuación máxima de 63. Este valor puede clasificarse cualitativamente dependiendo del puntaje alcanzado por la persona, distinguiéndose en cuatro niveles: grave, moderado, leve y mínima. ⁽⁴⁵⁾

En cuanto a sus propiedades psicométricas, Barreda en el 2019 realizó un análisis de las mismas en población peruana, evidenciando un coeficiente Alfa de 0.93, lo que implica que el instrumento cuenta con una muy buena confiabilidad. En lo que respecta a su validez, esta se determinó a través de un análisis factorial que evidenció una única dimensión para el constructo depresión (KMO=.95; chi-cuadrado= 3603.2, $p < .001$). Así también, se sometió al instrumento a una validación de contenido mediante la técnica de criterio de jueces obteniendo un V

de Aiken igual a .99⁽⁴⁶⁾

De igual forma, adicional al inventario se agregó el consentimiento informado y un cuestionario considerando variables como edad, comorbilidades, sexo, carga laboral y estado civil.

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

- Se solicitó al Hospital Referencial de Ferreñafe el permiso correspondiente para realizar el estudio, explicando el objetivo del mismo.
- Se invitó al personal seleccionado a contestar el inventario a través del formulario Google, solicitando la colaboración de las autoridades pertinentes del Hospital con una coordinación previa.
- Se analizó la información una vez recopilada la totalidad de los datos, en el programa SPSS en su versión 23.
- Por último, se proporcionó la calificación del instrumento al personal que así lo solicitó.

Posterior al traslado de los datos al programa SPSS, se procedió a analizar las frecuencias de cada variable sociodemográfica considerada en el estudio. Después se analizó la existencia de diferencias significativas contrastando ambos grupos de comparación en función de los puntajes alcanzados por los participantes. Los criterios de comparación fueron la exposición al COVID-19, el incremento de la carga laboral y el diagnóstico de alguna comorbilidad. La prueba estadística empleada para dicho análisis fue la U de Mann Whitney. La cual fue elegida por el resultado de la aplicación de la prueba Kolmogorov-Smirnov, evidenciando que los puntajes no siguen una distribución normal.

2.6. Criterios éticos.

El presente estudio consideró cumplir con los criterios éticos respetando los principios de no maleficencia, autonomía, beneficencia, y justicia estipulados en el Informe Belmont.

El cumplimiento de estos principios se evidencia en la explicación detallada de cada

aspecto relevante sobre la investigación y de sus beneficios futuros que se obtengan a raíz de los resultados, los cuales no serán empleados con otros propósitos ajenos al estudio. Así, los participantes conformaron el estudio de forma libre y voluntaria, firmando el consentimiento informado. Y la información brindada fue conservada asignando códigos para evitar usar sus nombres. Culinada la investigación, se entregó a las entidades correspondientes un informe final del estudio, con lo cual se procedió a eliminar la base de datos, evitando así la identificación de los participantes.

Por último, se siguió el principio de justicia ya que los participantes fueron tratados con igualdad y respeto, sin realizar ninguna distinción entre ellos.

2.7. Criterios de Rigor Científicos

Estos criterios se rigieron a los siguientes principios:

- Consentimiento Informado

Los participantes merecen un trato respetuoso, el cual no debe ser condicional a que formen parte o no del estudio. Por ello es necesario que conozcan sus responsabilidades y derechos en la investigación para que su participación sea consciente y libre.

- Credibilidad

El respeto a la veracidad de lo encontrado en la investigación, correspondiendo a la realidad del fenómeno estudiado. Este principio se alcanza al considerarse por los profesionales expertos en la temática y por los participantes como verídicos o auténticos, los resultados hallados.

- Confiabilidad

Propiedad de la investigación atribuida a los resultados obtenidos y al instrumento aplicado, que brinda veracidad y solidez a los hallazgos y a su análisis para ser aprobados y utilizados.

- Transferibilidad

Capacidad de los resultados del estudio para ser aplicados en poblaciones diferentes con características semejantes. En este sentido, las investigaciones requieren de una adecuada y precisa descripción del contexto en el cual se

desarrolla la indagación y de los participantes que la conforman.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

Tabla 2. Descripción de las frecuencias de sintomatología depresiva según exposición COVID-19

	Atención a pacientes con COVID-19		Atención a pacientes sin COVID-19	
	Frecuencia	Porcentajes	Frecuencia	Porcentajes
Mínima	64	90.1 %	62	89.9 %
Leve	4	5.6 %	6	8.7 %
Moderada	1	1.4 %	1	1.4 %
Grave	2	2.8 %	0	0
TOTAL	71	100%	69	100%

Del personal de salud que atendió a pacientes COVID -19 positivos el 90.1 % , experimentan sintomatología depresiva en un nivel mínimo, seguido del 5.6 % , en un nivel leve, y del 1.4 % , que evidencia una depresión en un nivel moderado; por último, el 2.8 % restante, experimenta una sintomatología considerada en la categoría grave. Por otro lado, el 89.9 % de los trabajadores que se encuentran en atención de pacientes no infectados con COVID-19, manifiesta una sintomatología depresiva en el nivel mínimo, seguido del 8.7 % , que se clasifica en el nivel leve y del 1.4 % , en un nivel moderado. Cabe señalar que ningún participante de este grupo evidenció un nivel grave.

Tabla 3. Análisis comparativo de la sintomatología depresiva según exposición al COVID-19

	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Sin exposición al COVID-19	71.71		
Con exposición al COVID-19	69.3	2,364,000	.72

p<0.05

En la aplicación del estadístico U de Mann Whitney se obtiene como resultado una significancia igual a .72, al compararse la sintomatología depresiva en función de la exposición al COVID-19. Esta cifra al sobrepasar el $p < 0.05$, sugiere que no existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva del personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe considerando su exposición al COVID-19.

Tabla 4. Análisis comparativo de la sintomatología depresiva según presencia de comorbilidades en el personal de salud de ambos grupos (con y sin exposición al COVID-19)

	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Presenta comorbilidad	75.11		
No presenta comorbilidad	69.19	1546.500	0.471

p<0.05

Al analizar la comparación de la sintomatología depresiva de los participantes considerándose como criterio las comorbilidades presentes como la obesidad, hipertensión y diabetes, se obtuvo un nivel de significancia igual a .471. Al tratarse de un valor superior al $p < 0.05$, se concluye que no existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los participantes considerando la presencia de comorbilidades.

Tabla 5. Análisis comparativo de la sintomatología depresiva según incremento de carga laboral a causa de la pandemia por COVID-19 de ambos grupos del personal de salud (con y sin exposición al COVID-19)

	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Con incremento de la carga laboral	75.96	1648.500	0.022
Sin incremento de la carga laboral	59.34		

p<0.05

Para concluir, en la tabla 5 se presentan los resultados producto del análisis comparativo de la variable de estudio considerando el incremento de la carga laboral en consecuencia de la pandemia. Así, es posible observar que el nivel de significancia alcanzado es igual a .022. Al tratarse de una cifra menor al $p < 0.05$; se confirma, existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los participantes considerando el aumento de trabajo.

3.2. Discusión de resultados

Para la consecución del objetivo general se consideró pertinente proponer tres objetivos específicos que aportaran información necesaria para alcanzar el propósito principal del estudio. En este sentido, la tabla 2 presenta la sintomatología depresiva de los profesionales en salud pertenecientes al hospital seleccionado teniendo en cuenta su exposición al COVID-19. Así, el grupo conformado por los trabajadores que asisten a pacientes diagnosticados con COVID-19 evidencia que el 90.1 % del total experimenta una depresión mínima, seguido del 5.6 % que se ubica en el nivel leve y del 1.4 %, en el nivel moderado; por último, el 2.8 % restante manifiesta una depresión grave. Por otro lado, el 89.9 % de los profesionales que atienden otras patologías presenta una sintomatología depresiva mínima, mientras que el 8.7 % se ubica en el nivel leve, seguido del 1.4 % restante que expresa una depresión moderada. Cabe señalar, que en este último grupo no se ha reportado la presencia de profesionales con depresión grave.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por Fernández ⁽¹⁹⁾, quien evidenció

en su investigación que el 96 % de los trabajadores del sector salud manifestó un nivel mínimo de depresión y un 1 %, un nivel moderado. No obstante, Anticona ⁽²¹⁾, en su estudio, halló una predominancia de la categoría leve de depresión con un 37.34 %, mientras que el nivel mínimo reunió al 30.29 % en cuanto al nivel moderado, el 24.90 % se ubicó en esta categoría y el 7.47 % restante en el nivel grave. Otro estudio similar es el ejecutado por Ayala ⁽¹⁶⁾, evidenciando que el 35.7 % de los galenos evaluados presentó una mínima depresión y el 26.8 %, una depresión leve; sin embargo, el 19.6 %, manifestó un nivel grave en este trastorno. Estas variaciones en los resultados reportados por los autores mencionados y el presente estudio podrían explicarse por el contexto en el que se desarrollaron. Cabe destacar, que estas investigaciones han sido realizadas en profesionales de salud que aún no contaban con la vacuna contra la COVID-19, a diferencia del presente estudio, el cual abarcó a personal de salud que en el momento del levantamiento de datos registraba las dos dosis de la vacuna.

Con base al desarrollo del primer objetivo específico, se procedió a analizar la presencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los participantes, encontrando que asistir a pacientes con diagnóstico COVID-19 no interviene con experimentar síntomas depresivos en los participantes antes mencionado (tabla 3). Lo encontrado difiere con lo hallado por Pincay⁽¹³⁾, quien en su estudio confirmó asociación entre exponerse al coronavirus y la salud mental. Asimismo, Loayza ⁽²⁰⁾ evidenció en su estudio la presencia de una correlación entre la sintomatología depresiva y el COVID-19 en una muestra conformada por personal de salud. Incluso, Vallejos ⁽²⁴⁾, comprobó que las consecuencias de la pandemia impresionan en la naturaleza emotiva de los profesionales sanitarios. Así, Pazos y Chávez ⁽¹⁷⁾ concluyeron en su estudio que el personal de salud presenta una predisposición mayor a experimentar sintomatología depresiva, en comparación a la población en general.

De acuerdo con Beck ⁽²⁷⁾ el trastorno depresivo ejerce un impacto sobre el estado anímico de la persona que lo padece, caracterizándose por la presencia de pensamientos distorsionados los cuales son los responsables de una activación de naturaleza emocional propia de la depresión. Asimismo, las fallas para procesar la información y en la percepción también influyen en el surgimiento de este trastorno. Así, estas condiciones pueden observarse en la presencia de miedo o estrés, tal

como se corrobora en un estudio realizado en España, en el cual se evidenció que los profesionales del sector salud que expresaron sentir miedo en donde laboraban durante la pandemia, presentaron mayores índices de depresión. De igual forma, una investigación realizada en México ⁽¹⁴⁾, reportó una asociación entre el estrés y la depresión en trabajadores de salud. En este sentido, el no corroborarse la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los participantes en el presente estudio, puede explicarse, como se mencionó en párrafos anteriores, al acceso de dos dosis de la vacuna contra el virus en mención. Este factor pudiera estar influenciando en la aparición de pensamientos basados en el miedo hacia la pandemia, puesto que el gozar de ambas dosis brinda una protección frente a este virus en la integridad del profesional.

Con respecto al segundo objetivo específico, el análisis estadístico logró confirmar que la presencia de comorbilidad en el personal de salud, no es un factor que intervenga en la sintomatología depresiva de esta población (tabla 4). En cambio, la investigación perteneciente a Ayala ⁽¹⁶⁾, se evidenció que las comorbilidades son un factor asociado al trastorno depresivo en médicos. Otra investigación que confirma esta relación es el realizado por Condori ⁽²²⁾, quien en un grupo conformado por personal médico encontró una asociación entre el padecer una enfermedad crónica y la depresión.

Las comorbilidades que elevan la probabilidad de sufrir complicaciones mortales en la infección por COVID-19 son la hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas y obesidad. Cabe señalar, que una de las medidas adoptadas por los hospitales frente a la pandemia es la tele consulta, mediante la cual los profesionales considerados vulnerables ya sea por el grupo etario al que pertenezcan o por la presencia de alguna comorbilidad, han realizado sus funciones a distancia para resguardar su salud.

Por último, el tercer objetivo específico se orientó al análisis de diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los trabajadores, evidenciándose que al aumentar las atenciones por el COVID-19, fue un factor que intervino en la sintomatología depresiva (tabla 5). Lo hallado se relaciona con lo presentado por Ramírez, Ocampo, Ortega y Erazo ⁽¹⁵⁾, quienes en su estudio reportaron una asociación entre la sobrecarga laboral y la depresión. Asimismo, Fernández, Estrada y Arizmendi ⁽²⁵⁾, confirmaron también una asociación entre la el exceso de

trabajo y la síntomas de depresión. Por otro lado en Cuba ⁽¹¹⁾, se demostraron mediante una investigación en trabajadores del sector salud que el cansancio es el síntoma que más se relaciona con la depresión.

Este último estudio llevado a cabo en Cuba, evidencia lo referido por la OMS ⁽²⁶⁾, respecto a la sintomatología de la depresión dentro de la cual se destaca la sensación de cansancio que va a generar un déficit en el desempeño laboral. Otros autores ⁽³⁵⁾, catalogan a la carga laboral excesiva como un factor de riesgo que desencadena efectos negativos no solo en la salud psicológica del trabajador, sino también en el ámbito físico. En la actual pandemia, la frecuencia del uso del EPP se ha incrementado debido a la alta demanda en atención a pacientes infectados en estado crítico. Así, el uso de este equipo es un proceso meticuloso que implica seguir un protocolo de bioseguridad el cual propicia un desgaste físico y mental en el profesional ⁽³⁷⁾.

Estos reportes más lo evidenciado en el presente estudio exponen una realidad que enfrenta el personal sanitario a lo largo la pandemia en su entorno laboral. En este sentido, es necesario atender las consecuencias negativas de sobre exigir un desempeño por largas horas de trabajo que terminan afectando su productividad y calidad en los servicios.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el personal de salud con sintomatología depresiva expuestos al COVID-19 frente al personal con manifestaciones depresivas que no estuvo expuesto al COVID-19.
- El 90% de los participantes que asiste a pacientes con diagnóstico COVID-19 manifestó una síntomas depresivos en un mínimo nivel, mientras que el 5.6 % en nivel leve; el 1.4 % nivel moderado y el 2.8 %, en el nivel grave. Asimismo, el 89.9 % del personal que no atendió a pacientes con dicho diagnóstico evidenciaron una depresión en nivel mínimo; el 8.7 % en nivel

leve; y el 1.4 % en nivel moderado.

- La presencia de una o más patologías crónicas en el personal de salud no es significativa en la sintomatología depresiva del personal de salud que labora en el hospital donde se ejecutó el trabajo.
- El aumento de la demanda laboral debido de la pandemia por COVID-19 es significativa en la sintomatología depresiva del personal de salud que labora en el hospital donde se ejecutó el trabajo.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda desarrollar nuevas investigaciones con diseños causales en las cuales se analice la influencia de las variables que sirvieron de análisis en el presente estudio. Asimismo, el ampliar la muestra de estudio incorporando profesionales de otros hospitales.
- A las instituciones de salud se recomienda el monitorizar la presencia de sintomatología depresiva en su personal de salud cada tres meses con el propósito de aplicar las intervenciones pertinentes para resguardar la salud psicológica y física de los profesionales durante la actual pandemia.
- Se recomienda al personal participante con sintomatología depresiva en nivel moderado y grave el realizar un seguimiento con especialistas en la salud mental para un control oportuno del trastorno.

REFERENCIAS

1. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. The New England Journal of Medicine. (internet). 2020; [citado 28 de mayo de 2021]; URL disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. OMS. COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. 2021. [citado 30 mayo 2021]. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
3. MINSA. Plan de Salud Mental (En el contexto Covid-19-Perú, 2020-2021). [internet]. Perú. 6 de junio de 2020 [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/811138/Plan_de_Salud_mental_.PDF
4. MINSA. Sala Situacional COVID-19 Perú del 22 de junio de 2021. [internet]. Lima. [citado el 29 de junio de 2021]. Disponible en https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
5. GERESA Lambayeque. Sala Situacional COVID-19. [Internet]. Lambayeque. 24 de junio de 2021 [citado 29 de junio 2021]. Disponible en <https://siga.regionlambayeque.gob.pe/docs/ainformacion/2506202115143749576046.pdf>
6. Gobierno Regional de Lambayeque. Nota de prensa. [Internet]. Lambayeque. 04 de abril de 2021 [citado 30 de mayo 2021]. Disponible en <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticias?pass=NA>
7. Cruz L. Protegiendo al personal de la salud en la pandemia COVID-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020; 20(2): 174-174. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200173&script=sci_arttext
8. Torres V, Farias J, Reyes L y Guillén-Díaz C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Revista Mexicana de Urología. 2020; 80(3): 1-10. Disponible en

<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>

9. MINSA. Plan de salud mental en el contexto de COVID-19. [Internet]. Lima. 6 de junio del 2020. [citado el 30 de mayo del 2021]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/656521-plan-de-salud-mental-en-el-contexto-de-covid-19>
10. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
11. Miranda R, Murguía E. Síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermos con COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*. 2020; 8(1):1-12. Disponible en <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/655/948>
12. Dosil M. Ozamiz N. Redonde I. Albondiga J. Picaza M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish Health professionals. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021; 14: 106-112. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2173505021000224?token=002C723DD8D66F4B21BB89580B44D55A07F1EE5AE09C38A977C1C7EDD7C3CAB377642064A66F078A2392F0897BF0D8CE&originRegion=us-east-1&originCreation=20210629163753>
13. Pincay K. Salud mental y riesgo de exposición a COVID-19 en trabajadores del Hospital del Día IESS, Ecuador, 2020. [tesis]. Ecuador (Perú): Universidad César Vallejo. 2021. Disponible en https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59033/Pinca_y_OKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Rodríguez A, Díaz A, Franco J, Aguirre J y Camarena G. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Medigraphic*. 2018; 63(4):246-254. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc184b.pdf>
15. Ramírez M. Ocampo K. Ortega D. Erazo N. Identificación de la carga laboral y su relación con la percepción de salud en cuidadores de la Zona 9 del Ecuador. *Revista Psicología UNEMI*. 2020. 4(6) 64-74. Disponible en <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1048/1042>
16. Ayala E. Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en médicos postgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. [Tesis]

- Cuenca (Ecuador): Universidad Católica de Cuenca. 2020. Disponible en <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8378/1/9BT2020-MTI042.pdf>
17. Pazos E, Chavez A. Diferencias en la frecuencia de depresión en personal de salud del Hospital Central Militar de Lima y Población general durante la pandemia por COVID-19. [tesis] Lima (Perú): Universidad Científica del Sur; 2021. Disponible en <https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/1824/T-L-Pazos%20E-Maldonado%20A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Guzmán P. Depresión y salud mental del personal asistencial durante la COVID-19 en el Centro de Hemodiálisis Nefrolife, Chiclayo. [tesis]. Chiclayo (Perú): Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57651>
 19. Fernández L. Burnout y Depresión en el personal de la Red Salud Chepen, La Libertad 2021. [tesis]. La Libertad (Perú): Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59453/Fernandez_MLE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Loayza H. Ansiedad y Depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID-19, Arequipa 2021. [tesis]. Arequipa (Perú): Universidad Católica de Santa María; 2021. Disponible en <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10784>
 21. Anticona E. Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo-2017. [tesis]. Huancayo (Perú): Universidad Nacional del Centro del Perú; 2020. Disponible en https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNCP_6e79951752706453fc434ab0e3fe7159
 22. Condori Y. Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Arequipa. [tesis]. Arequipa (Perú): Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020. Disponible en <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf>

[f?sequence=3&isAllowed=y](#)

23. Sui P. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y no médico del primer nivel de atención de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19 de la Red Camaná, Caraveli, Arequipa 2021. [tesis]. Arequipa (Perú): Universidad Católica de Santa María. 2021. Disponible en <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10787>
24. Vallejos M. Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia-Red Asistencial Lambayeque. [tesis]. Lambayeque (Perú): Universidad Cesar Vallejo.2020 Disponible en https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56418/Vallejos_SML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Fernández A. Estrada M. Arizmendi E. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. Revista de Enfermería Neurológica. 2019. 18 (1) 29-40 Disponible en <https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/277/284>
26. OMS. Salud mental: [Depresión. [Internet]. [citado el 6 de junio de 2021]. Disponible en https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
27. Rodríguez E. Farfán D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to de secundaria de Huancayo, 2013. Revista de Investigación Universitaria. 2013; 4 (2): 71-78. Disponible en <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/743/1344>
28. Vázquez F. Muñoz R y Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Psicología Conductual. 2000; 8(3): 417-449. Disponible en https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
29. Díaz B. González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. 2012; 11(3): 106-115. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
30. Pérez M. Gómez J. Dieguez R. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020; 19(2): e3254. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-

[519X2020000200005](#)

31. Velázquez L. La COVID-19: reto para la ciencia mundial. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020; 10(2). Disponible en <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/763/792>
32. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. Compr Psychiatry. 2012;53(1):15–23. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003
33. Pfefferbaum B. North C. Salud mental y la pandemia de COVID-19. The new England Journal of medicine. 2020; 382: 510-512. DOI: 10.1056. Disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>
34. Arcos M. Hurtado J. La sobrecarga de trabajo y su efecto sobre el compromiso organizacional en la gerencia de negocios de una empresa de telecomunicaciones. [Tesis] Quito (Ecuador): Universidad Andina Simón Bolívar. 2017
35. Londoño, S.Gómez G. González V. Percepción de los docentes frente a la carga laboral de un grupo de instituciones educativas colombianas del sector público. Educación. 2018. 40(2). 1-16 Disponible en <https://www.revistaespacios.com/a19v40n02/a19v40n02p26.pdf>
36. Valdéz R. Cámara L. Serna M. Abuabara Y. Carballo V. Hernández H. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Médica Colombiana. 45 (3). 55-69. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1631/163164977009/163164977009.pdf>
37. Retamal H. Aguilar M. González R. Valenzano S. Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas Chile. Psicogeriatría. 5(3). 2015
38. Velastegui A. Nevarez H. Enfermedades crónicas y su relación con la depresión, ansiedad y riesgo psicosocial debido al trabajo en la población laboralmente activa que son atendidos en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. [Tesis] Riobamba (Ecuador): Universidad Nacional de Chimborazo. 2017. Disponible en <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4437/1/UNACH-EC-IPG->

[SISO-2017-0067.pdf](#)

39. Kessler R. Bromet E. The Epidemiology of Depression Across Cultures. Annual Review of Public Health. 2013. 34(1). 119-138. Disponible en <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
40. Escobar J. Escobar M. Diabetes y depresión. Acta Médica Colombiana. 2016. 41(2). Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482016000200096
41. Petrova D. Salamanca E. Rodríguez M. Navarro P. Jimenez J. Sanchez M. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. Rev. Atención primaria. 2020 [2(7) pp. 496-500. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656720301657?token=D41A235DAB8D95C99B235AB628F924CC7DDA2D31A55C8EC6EDB004F50BA25671F090B7037D2B93343A02F6D000BD71AC>
42. Perez G. Predictores de la aparición de síntomas en pacientes cardiopatas con la COVID-19 asintomáticos al ingreso. Rev. Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2020. 26(2) pp. 1-7. Disponible en [Predictores de la aparición de síntomas en pacientes cardiopatas con la COVID-19 asintomáticos al ingreso - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
43. Hernández R. Mendoza C. Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2018.
44. Sánchez H. Reyes C. Metodología y diseños en la investigación científica. Lima: Business Support Aneth; 2015
45. Sanz J. Vázquez. Inventario de Depresión de Beck II. Madrid: Pearson Clinical & Talent Assessment; 2011.
46. Barreda D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en una muestra clínica. Revista de Investigación en Psicología. 2019; 22(1); 39-52. Disponible en <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación está a cargo de Fuentes Muro, Mónica Lorena y Manay Martínez, Wilson Christopher estudiantes de medicina humana del séptimo año de la Universidad Señor de Sipán. Tiene como objetivo estudiar la sintomatología depresiva en el personal de salud según la exposición al COVID-19.

Si usted acepta colaborar con esta investigación, se le indicara llenar una ficha de datos sociodemográficos y un cuestionario, los cuales le tomarán un tiempo máximo de 10 minutos. Su participación será anónima y voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento que usted considere sin perjuicio. Cabe mencionar, que toda información brindada mediante este cuestionario será mantenida en estricta confidencialidad.

Por cualquier duda o recomendación, pueden comunicarse con nosotros al siguiente correo: manayfuentes.tesis@gmail.com

ACEPTO

NO ACEPTO

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

¿Cuál de las siguientes describe mejor su modalidad laboral?

- Exclusivo en área COVID-19
- Exclusivo en área no COVID-19
- En área no COVID-19 pero realiza turnos complementarios en área COVID-19

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Edad:

- De 18 a 30 años
- De 31 a 40 años
- De 41 a 50 años
- De 51 a 60 años
- De 61 a más

Profesión:

- Médico
- Enfermero (a)
- Obstetra
- Biólogo (a)
- Psicólogo (a)
- Tecnólogo Medico
- Químico Farmacéutico
- Técnico de Enfermería
- Otros: _____

Estado civil:

- Soltero
- Casado (a) /Conviviente
- Separado (a)
- Viudo (a)

¿Vive usted con alguna persona vulnerable al COVID-19?

- Sí
- NO

¿Presenta alguna de los siguientes diagnósticos?

- Diabetes
- Hipertensión
- Obesidad
- Ninguna

¿Cuánto tiempo se encuentra laborando en este Hospital?

- De 0 a 1 año
- De 1 año a 5 años
- De 6 años a 10 años
- De 11 años a 20 años

- De 21 años a más

¿Considera usted que a raíz de la pandemia su carga laboral se ha incrementado?

- Sí
- No

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: _____ Estado
Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación:

Educación:

Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. **Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. **Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. **Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. **Disconformidad con Uno Mismo**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. **Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. **Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. **Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.