

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Ansiedad, Depresión y Estrés en Personal de
Primer Nivel de Atención de Salud de la Red
Corea de El Alto, durante la Contingencia
COVID-19**

**POSTULANTE: Dr. Sergio Ramiro Cruz Condori
TUTOR: Dra. Msc. Mónica Rivera Bedoya**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia

2021

DEDICATORIA

A mi Padre por acompañarme en todo momento y por alentarme a superarme.

A Dios por conducir nuestras vidas.

A mis hijos y a mi familia por su apoyo sin condiciones.

AGRADECIMIENTO

A todo el personal Docente del Postgrado de Epidemiología quienes nos impartieron su Conocimiento, a las Autoridades de la Red de Salud Corea de la Ciudad de El Alto quienes me abrieron las puertas para realizar esta Investigación, como a todo el personal de salud por participar de este estudio y un agradecimiento enorme a mi Tutora.

| INDICE DE CONTENIDO | Página |
|--|---------------|
| DEDICATORIA..... | i |
| AGRADECIMIENTO | ii |
| I INTRODUCCIÓN | 1 |
| II ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN..... | 4 |
| 1.1 DEPRESIÓN..... | 10 |
| 1.1.1. Definición | 10 |
| 1.1.2. Fisiopatología..... | 11 |
| 1.1.3 Factores Genéticos | 11 |
| 1.1.4. Factores Químicos..... | 12 |
| 1.1.5. Factores Psicosociales | 14 |
| 1.1.6. Epidemiología | 14 |
| 1.1.7. Clasificación..... | 15 |
| 1.1.8. Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo | 16 |
| 1.1.9. Trastorno Depresivo Mayor..... | 16 |
| 1.1.10. Trastorno Depresivo persistente (Distimia) | 17 |
| 1.1.11. Trastorno Disforico premenstrual | 17 |
| 1.1.12. Clínica del Trastorno Depresivo | 17 |
| 2.1.ANSIEDAD..... | 18 |
| 2.1.1. Definición | 18 |
| 2.1.2. Epidemiología | 18 |
| 2.1.3. Clasificación..... | 18 |
| 2.1.3.1. Trastorno de Ansiedad por separación..... | 19 |
| 2.2.3.2. Mutismo Selectivo..... | 19 |

| | |
|---|----|
| 2.2.3.3. Trastorno de ansiedad social (fobia social). | 19 |
| 2.2.3.4. Trastorno de angustia o pánico. | 20 |
| 2.2.3.5. Agorafobia | 21 |
| 2.2.3.6. Trastorno de Ansiedad Generalizada | 21 |
| 2.2.3.7. Trastorno de ansiedad inducido por medicamentos o sustancias... | 21 |
| 2.2.3.8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. | 21 |
| 3.1. Trastornos relacionados con traumas y factores de ESTRÉS..... | 23 |
| 3.1.1. Definición | 23 |
| 3.1.2 Epidemiología | 23 |
| 3.1.3 Comorbilidad..... | 23 |
| 3.1.4 Factores predisponentes de vulnerabilidad al trastorno por estrés postraumático..... | 24 |
| 3.1.5 Cuadro Clínico | 24 |
| 3.1.6 Diagnostico | 24 |
| 3.1.7 Diagnóstico Diferencial | 25 |
| 3.1.8 Tratamiento..... | 25 |
| 4.1. COVID-19..... | 25 |
| 4.1.1. Definición | 25 |
| 4.1.2 Antecedentes | 26 |
| 4.1.3. Epidemiología | 26 |
| 4.1.4. Fuente de infección..... | 26 |
| 4.1.5. Manifestaciones Clínicas | 26 |
| 4.1.6 Mecanismo de Transmisión | 27 |
| 4.1.7. Diagnostico Laboratorial | 27 |
| 4.1.8. Estudios de Imagen | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.1.9. Tratamiento Sintomático y seguimiento..... | 30 |
| 4.1.9. Bioseguridad Básica para Covid-19..... | 30 |
| 4.1.10 Estrés relacionado al COVID-19..... | 30 |
| IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 32 |
| V HIPÓTESIS | 37 |
| VI OBJETIVOS | 41 |
| Objetivo General:..... | 41 |
| VII DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| a. Tipo de Estudio..... | 42 |
| b. Población:..... | 42 |
| c. Muestra..... | 42 |
| d. Criterios de Inclusión..... | 43 |
| e. Criterios de Exclusión..... | 43 |
| f. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información..... | 43 |
| g. Análisis Estadístico..... | 45 |
| h. Operacionalización de Variables..... | 46 |
| VIII RESULTADOS | 50 |
| 8.1 Descripción Sociodemográfica..... | 50 |
| 8.2 Descripción de los trastornos de Ansiedad, Depresión y Estrés..... | 54 |
| 8.3 Análisis Bivariado..... | 57 |
| IX DISCUSIÓN | 73 |
| X CONCLUSIONES..... | 76 |
| XI RECOMENDACIONES..... | 77 |
| XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 78 |

LISTA DE TABLAS

Página

| | |
|--|----|
| <i>Tabla1 Temores Fóbicos Más Frecuentes</i> | 20 |
| <i>Tabla2 Causas Médicas y Neurológicas de la Ansiedad</i> | 22 |
| <i>Tabla3 Interpretación de Anticuerpos IgG e IgM en Pruebas Rápidas</i> | 28 |
| <i>Tabla 4 Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Ansiedad en el Personal De Salud según la Escala DASS-21(Subescala de Ansiedad)</i> | 55 |
| <i>Tabla 5 Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Depresión) en el Personal De Salud según la Escala DASS-21(Subescala de Depresión)</i> | 55 |
| <i>Tabla 6 Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Estrés en el Personal De Salud según la Escala DASS-21(Subescala de Depresión)</i> | 56 |
| <i>Tabla 6 Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Estrés en el Personal De Salud según la Escala DASS-21(Subescala de Depresión)</i> | 56 |
| <i>Tabla7 Porcentaje de los Grados de Ansiedad por Sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)</i> | 57 |
| <i>Tabla 8 Porcentaje de Ansiedad por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)</i> | 58 |
| <i>Tabla9 Porcentaje de Ansiedad por Estado Civil, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)</i> | 59 |
| <i>Tabla10 Porcentaje de Depresión por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)</i> | 60 |
| <i>Tabla11 Porcentaje de Depresión según sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)</i> | 61 |
| <i>Tabla 12 Porcentaje de Depresión por Estado Civil según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)</i> | 62 |
| <i>Tabla 13 Porcentaje de Estrés por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21</i> | |

| | |
|--|----|
| <i>(Subescala de Estrés)</i> | 63 |
| <i>Tabla14 Porcentaje de Estrés por Sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)</i> | 64 |
| <i>Tabla15 Porcentaje de Estrés por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)</i> | 65 |
| <i>Tabla16 Porcentaje de Estrés por Estado Civil, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)</i> | 66 |
| <i>Tabla 17 Comparar la Frecuencia y Porcentaje de Ansiedad, según la Escala DASS-21 de acuerdo al Tipo de Establecimiento</i> | 67 |
| <i>Tabla 18 Comparar la Frecuencia y porcentaje de Depresión, según la Escala DASS-21, de acuerdo al Tipo de Establecimiento</i> | 68 |
| <i>Tabla 19 Comparar la Frecuencia y Porcentaje de Estrés, según la Escala DASS-21de acuerdo al Tipo de Establecimiento</i> | 69 |
| <i>Tabla 20 Diferencias de frecuencia de Ansiedad entre Profesiones</i> | 70 |
| <i>Tabla 21 Diferencias de la frecuencia de Depresión entre Profesiones</i> | 71 |
| <i>Tabla 22 Diferencias de la frecuencia de Estrés entre Profesiones</i> | 72 |

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1 Porcentaje de Participantes según Sexo50

Figura 2 Porcentaje de Participantes Según Grupo Etario.....51

Figura 3 Porcentaje de Participantes Según Estado Civil.....52

Figura 4 Porcentajede Participantes Según Profesión.....53

*Figura 5 Porcentaje de Ansiedad, Depresión y Estrés en el Personal de Salud
según la escala DASS-21..... 54*

LISTA DE ANEXOS

Página

| | |
|---|-----------|
| <i>Anexo 1 Consentimiento Informado</i> | <i>85</i> |
| <i>Anexo 2 Encuesta a profesionales en formato Google Form (Formularios Google).....</i> | <i>88</i> |
| <i>Anexo 3 Escala DASS-21.....</i> | <i>94</i> |
| <i>Anexo 4 Solicitud de permiso de la Coordinación de la Red Corea El Alto para realizar la Encuesta al personal de salud.....</i> | <i>94</i> |
| <i>Anexo 5 Otorgación de permiso de la Coordinación de la Red Corea El Alto para realizar la Encuesta al personal de salud.....</i> | <i>99</i> |

RESUMEN

El Objetivo General fue describir la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés en el personal de primer Nivel de atención de Salud de la Red Coreia de El Alto, en la Contingencia COVID-19 durante la gestión 2020.

Se realizó el estudio de tipo Observacional, Transversal y Analítico.

La población estuvo conformada por 195 profesionales de salud de la Red Coreia de la ciudad de El Alto, la muestra se obtuvo mediante la calculadora estadística EPI-INFO, obteniéndose la muestra de 138 profesionales.

El instrumento que se utilizó fue la Encuesta, solicitándose información sociodemográfica y se aplicó la Escala DASS-21 para determinar la presencia de estos trastornos mentales.

La recolección de la información se realizó en los meses de Octubre y Noviembre de la gestión 2020 mediante una Encuesta en formato google, el cual llegó a los participantes mediante la aplicación WhatsApp.

Se pudo encontrar la presencia de los Trastornos mentales, la Ansiedad con un 43.5%, Depresión 23.9% y el Estrés con un 12.3%.

Se encontró la asociación de la Ansiedad y la Depresión con la profesión, siendo más estadísticamente significativo la Ansiedad en las Licenciadas en Enfermería y la Depresión en las Auxiliares de Enfermería.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Estrés, COVID-19.

ABSTRACT

The General Objective was to describe the frequency of Anxiety, Depression and Stress in the first level health care personnel of the Korea Network of El Alto, in the COVID-19 Contingency during the 2020 management.

The observational, cross-sectional and analytical study was carried out. The population consisted of 195 health professionals from the Korea Network of the city of El Alto, the sample was obtained using the EPI-INFO statistical calculator, obtaining a sample of 138 professionals.

The instrument used was the Survey, requesting sociodemographic information and the DASS-21 Scale was applied to determine the presence of these mental disorders. The information was collected in the months of October and November of the 2020 management through a survey in google format, which reached the participants through the WhatsApp application.

The presence of Mental Disorders, Anxiety with 43.5%, Depression 23.9% and Stress with 12.3% could be found.

The association of Anxiety and Depression with the profession was found, with Anxiety being more statistically significant in Nursing Graduates and Depression in Nursing Assistants.

Keywords: Anxiety, Depression, Stress, COVID-19.

I INTRODUCCIÓN

Las Alteraciones Mentales como la Ansiedad, Depresión y el Estrés son considerados problemas mentales que son causa de morbilidad en nuestra sociedad actual, se estima que de 870 millones de personas que viven en Europa, 100 millones de personas sufren trastornos afectivos emocionales como la Ansiedad y Depresión. En la pandemia actual por la cual están atravesando los profesionales de salud, se encuentran trabajando en primera línea frente a la Pandemia del COVID-19, teniendo contacto directo con el usuario y sus enfermedades, lo cual podría provocar algún trastorno en sus estados afectivos emocionales (1), como también deben enfrentar el deficiente equipo de Bioseguridad que se les otorga.

El estrés se entiende como un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que el organismo sufre debido a las fuertes demandas a los cuales el ser humano es sometido, el cual pasa por 3 etapas, las cuales son: Alarma, Resistencia y agotamiento, además la persona presenta síntomas de ansiedad tales como la aprehensión, preocupación, tensión y el temor por el futuro. También se menciona que el estrés es producto del desbalance entre las exigencias de un evento y los recursos con los que cuenta el individuo para hacerlo frente(3).

La ansiedad es una respuesta emocional que varía según el estímulo que la produzca y se acompaña de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, acompañado de preocupaciones excesivas, y se convierte en patológico cuando se altera el comportamiento del individuo, como resultado el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones lo que deriva en el trastorno de su vida diaria(4).

La depresión es la pérdida de interesarse y el de disfrutar de las cosas, caracterizada por una baja de su vitalidad el cual lleva a una reducción de su nivel de actividad y a cansancio exagerado, cuando la depresión empeora el

individuo tiene grandes dificultades para continuar sus actividades personales, familiares, laborales y sociales(5).

A inicios de la Pandemia COVID-19 a nivel mundial se realizó una Evaluación sobre la magnitud de los resultados de la Salud Mental y sobre los factores asociados entre los trabajadores de salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19, en el que mediante una encuesta se observó que el 50.4% del personal en estudio informó síntomas de Depresión, 44.6% de Ansiedad, insomnio 34% ,angustia 71.5% y que el personal más afectado fue el personal de Enfermería en Wuhan China, según un estudio realizado en ese país(7).

El 14 de Mayo de 2020 la ONU informa que el impacto de la pandemia de Covid-19 en la Salud Mental es extremadamente preocupante, en especial en los trabajadores de Salud y en los niños, durante la pandemia el 47% de los trabajadores de salud en Canadá informó sobre la necesidad de apoyo psicológico y 50% de los trabajadores de salud en China reportó Depresión, en Pakistán el 42% de los trabajadores de Salud reportó angustia psicológica leve y el 26% angustia severa(7).

A nivel Nacional en la ciudad de La Paz el 24 de Abril de 2020 reportó el Dr. Fernando Romero Presidente del SIRMES LA PAZ, la muerte de un funcionario de salud de INLASA (Instituto de Laboratorios de Salud) de 40 años, por descompensación, producto del Estrés extremo al cual fue sometido este personal de salud en medio de la Pandemia del Coronavirus, atribuido por la falta de condiciones materiales y ante el riesgo de muerte por parte de los galenos(8), 3 meses más tarde en la ciudad de El Alto posterior a la flexibilización de la cuarentena del 25 de Mayo del 2020, aumenta de manera considerable los casos de COVID-19, es así que hasta el 07 de Julio 2020 se tenían 1525 casos positivos en el Departamento de La Paz según el SEDES-LA PAZ, lo que contribuyó en ese momento más aun el riesgo de que el personal de salud sufra de algún trastorno en sus estados afectivos emocionales (9).

La Pandemia actual del Coronavirus requiere la atención asistencial a una gran cantidad de personas que se encuentran afectadas en sus estados afectivos emocionales, el cual es muy importante para poder contribuir a reducir las afecciones en la salud mental del personal de salud que atiende a esas personas, lo cuales están expuestos a una situación que implica largas horas de trabajo intenso, temor a la contaminación, incertidumbre por limitaciones que hay en el sistema de salud (10)

El estudio se realizó en la Red de Salud Corea ubicado en la ciudad de El Alto en el Departamento de La Paz, la cual es atendida por 65 Auxiliares de Enfermería, 22 Licenciadas en Enfermería, 19 Odontólogos y 89 Médicos Generales (11), por lo que me pregunto ¿ Existe diferencias en la frecuencia de presentación de los trastornos mentales entre en los diversos profesionales del Primer Nivel de Atención de Salud de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia del Covid-19 en la gestión 2020?, como Objetivo General se pretende Conocer la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés en personal de primer Nivel de atención de Salud de la Red Corea de El Alto durante la Contingencia COVID-19 gestión 2020 y la Hipótesis que me planteo es que si la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés es distinta o no entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

II ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El estudio de la Ansiedad, Depresión y Estrés en el personal de Salud relacionado con la Pandemia del COVID-19, despertó el interés de varios investigadores, en el que se desnudó la precariedad del Sistema Sanitario a nivel mundial, como también en países subdesarrollados como el de Bolivia.

A nivel Internacional se realizó varios estudios, los cuales lo realizaron desde los primeros meses que llegó el COVID-19, es así que se tienen diferentes estudios de varios países publicados en la Página de PUBMED, los cuales se detallan a continuación.

Huang Jizheng y col. Realizaron un estudio publicado en Marzo 2020 sobre el ***Impacto de la Epidemia del Coronavirus (Covid-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China***, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal del 7 al 14 de Febrero de 2020, con 246 participantes, de los cuales 230 participantes respondieron a la Encuesta, en los que se aplicó una escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la Escala de Autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS), siendo los participantes del grupo de edad de 20-59 años, de los cuales el 30.4% fueron médicos y 69.6% enfermeras. La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, la incidencia de Ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17%, 4,78% y 16.09% respectivamente. La tasa de ansiedad fue mayor en mujeres 25.67% vs hombres 11.63%, mayor en enfermeras frente a los médicos. La tasa del trastorno de estrés fue de 27,39%, teniéndose un puntaje de estrés femenino más alto frente a los varones concluyéndose que las instituciones deben fortalecer en capacidades psicológicas al personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras(12).

Jainbo Lai y Col. en Marzo 2020 publicaron el estudio de ***Los Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de***

salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019, el cual tenía el objetivo de Evaluar los resultados de la magnitud de la salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China, este estudio fue de tipo Transversal, realizado desde el 29 de Enero al 03 de Febrero de 2020 basado en Encuestas, estratificado por región, teniéndose una muestra de 1.257 trabajadores de 34 hospitales, se evaluó el grado de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia por el PHQ-9 para evaluar la depresión, la Escala de trastorno de Ansiedad Generalizada y el índice de severidad de Insomnio (ISI). El 60.8 % eran Enfermeras y 39.2% eran Médicos, 60.5% trabajaban en Hospitales de Wuhan y 41.5% eran trabajadores de atención medica de 1ra línea, el 60.5% informo síntomas de depresión, 44.6% ansiedad, 34 % insomnio y 71.5% angustia.

Las Enfermeras, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y además los que trabajan en Wuhan China, informaron grados más severos sobre todas las mediciones que se realizaron de los síntomas de salud mental que otros trabajadores de la salud, los trabajadores de atención médica de primera línea que participan en el diagnóstico directo, el tratamiento y la atención de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión. Factores como ser mujer y tener un título profesional intermedio se asociaron con síntomas graves de depresión, ansiedad y angustia, como también el trabajar en un Hospital con nivel Alto de Complejidad, concluyéndose que respondieron a la propagación de COVID-19 altas tasas de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia. La protección de los trabajadores de la salud es un componente importante de las medidas de salud pública para abordar la epidemia de COVID-19, las intervenciones para promover el bienestar en los trabajadores de la salud expuestos a COVID-19 deben implementarse de inmediato, priorizando en las mujeres, las Enfermeras y los trabajadores de primera línea una atención especial(14).

Juan Erquicia, Laura Valls y col. realizaron un estudio titulado ***Impacto emocional de la pandemia Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa.*** Se realizó una Encuesta personalizada a 407 profesionales en los meses de Marzo y Abril de 2020, se utilizaron diferentes instrumentos psicométricos para valorar el malestar psicológico y los síntomas de ansiedad y depresión como el DASS-21, HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) y la MADRS (Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale) que valoran la sintomatología ansiosa y depresiva. El nivel de malestar emocional fue más severo en mujeres que en hombres, tal como indican las puntuaciones más elevadas en el DASS-21 en las trabajadoras, el 31.4% tuvo ansiedad de intensidad moderada a grave según la HARS, según la MADRS el 60,3% de los participantes reportaron síntomas de depresión, 12,2% mostraron depresión moderada a grave y el 48,1% depresión leve, el 14,5% presentaron síntomas de TEA (trastorno de Estrés agudo), los predictores fueron ser mujer o hombre joven, trabajadores en contacto directo con pacientes Covid-19, no haber realizado la PCR, la percepción de no contar con los elementos de protección para prevenir el contagio y el haber experimentado la muerte de una persona cercana a COVID-19 fueron factores de riesgo para un mayor grado de malestar emocional(15).

A nivel de Latinoamérica, Rebeca Robles, Evelyn Rodríguez y col. realizaron un estudio en México titulado: ***Problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud involucrados en el brote Covid-19.*** Se realizó un estudio entre el 17 de Abril al 7 de Mayo de 2020 en el que se hizo un estudio de investigación de tipo transversal a 5.938 trabajadores sanitarios mexicanos en el que se identificaron la presencia del insomnio, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) los cuales fueron más frecuentes en los trabajadores de salud de 1ra línea, se encontró la prevalencia de depresión en un 37.7% y el TEPT con un 37.5%, con mayor prevalencia en las mujeres en el

que se vio la depresión en un 33% y el TEPT en un 16.3%, se encontró también que un factor de riesgo fue el duelo por la muerte de amigos, o seres queridos a causa del COVID-19 (16).

A nivel Nacional no se encontró estudios publicados hasta el momento en el que se realizó la Encuesta para el Estudio de Investigación, menos aún en el Departamento de La Paz como en la ciudad de El Alto, en cuanto se refiere a Trabajos de Investigación como Artículos o Tesis que hayan estudiado la Salud mental del personal de Salud en el Contexto del COVID-19, se buscó información en Internet, como en páginas como Scielo, PubMed, Google Académico y en la página de Repositorios de la UMSA.

Sin embargo se emitieron publicaciones en Periódicos Digitales nacionales, es así que el 11 de Junio del 2020 se emitió una Publicación en el Periódico Digital LOS TIEMPOS de la ciudad de Cochabamba por el Dr. Edgar Valdez Carrizo Director del Instituto para el Desarrollo Humano de Bolivia, el cual realizó una Encuesta Flash (Sondeo), de forma virtual desde el 4 al 31 de Mayo 2020, al cual respondieron 117 personas (médicos, enfermeras, bioquímicos, fisioterapeutas), de los cuales el 29% fue del sexo masculino y el 71% del sexo femenino, la mitad trabaja en el sector público, una cuarta parte en la seguridad social y el resto en el Área Privada, en los resultados se encontró que los problemas que tuvo el personal de salud fue el miedo a contagiarse o llevar el virus a sus casas, el 84% presentó en algún momento Ansiedad, Depresión, Malhumor, insomnio y miedo.(12)

El Programa de Salud Mental dependiente de la Gobernación del Departamento de Santa Cruz, en el cual se realizó atenciones psicológicas y psiquiátricas mediante la línea 168 a la población y al personal de salud y el seguimiento de casos mediante llamadas o videollamadas a través de WhatsApp y presenciales, a través de visitas domiciliarias, prestando acompañamiento emocional o atención de los trastornos mentales y del comportamiento como consecuencia de la emergencia sanitaria, la atención se extendió a pacientes y

familiares con COVID-19, se realizaron 625 atenciones telefónicas de 30-45 minutos, la mayor parte de los usuarios fueron de edades de entre los 2 y 44 años, las intervenciones fueron un 99% de contención emocional y 1% atención psiquiátrica, el 70% de las atenciones fue a la comunidad y el 30% al personal de salud, en donde la Ansiedad estuvo presente en un 30% y Episodio Depresivo mayor 22%(13).

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a varios estudios realizados a nivel Internacional y publicaciones a nivel Nacional, la Pandemia del COVID-19 se encuentra trayendo problemas sobre la Salud Mental de toda la población y en particular sobre el personal de salud que tiene mayor probabilidad de contraer el COVID-19, debido al lugar en el que desempeña su trabajo, por lo cual es importante conocer la presencia de estos trastornos que trae consigo el COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales de salud que trabajan en los Centros de Salud de 1er Nivel de la Red Coreia de la Ciudad de El Alto durante la Contingencia COVID-19, gestión 2020.

Para tener conocimiento Teórico sobre la salud Mental de los profesionales de salud, se realizaron estudios desde que se inició la Pandemia del Covid-19, el cual motivó a este estudio.

A nivel mundial en China el 50.4% del personal de Salud informó síntomas de Depresión, 44.6% de Ansiedad ,insomnio 34% ,angustia 71.5% (14). El impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental es preocupante informa la ONU en Mayo 2020 en especial en los trabajadores de salud y los niños, durante la pandemia el 47% de los trabajadores de salud en Canadá informo sobre la necesidad de apoyo psicológico y 50% de los trabajadores de salud en China reporto Depresión, en Pakistán el 42% de los trabajadores de Salud reportó angustia psicológica leve y el 26% angustia severa, en Italia y España los padres informaron que durante el confinamiento el 77% de los niños tuvo dificultad para concentrarse, el 39% inquietud e irritabilidad, el 38% nerviosismo y el 31% sentimientos de soledad (7).

Debido a que no se cuenta con suficientes estudios de alcance Nacional sobre la presencia de trastornos mentales en el personal de salud en el contexto COVID-19, el presente trabajo es pertinente para afianzar un mayor conocimiento sobre la Salud Mental de los profesionales sanitarios. Por otra

parte, la investigación contribuye a ampliar los datos sobre los trastornos mentales para contrastar con otros estudios previos y analizar sobre posibles variantes según sexo, edad, género, estado civil, profesión, tipo de establecimiento de salud con el contexto de Covid-19, como también establecer la magnitud del problema de la Salud Mental del personal de salud de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto y de esta manera con la información de esta Investigación se pueda contribuir a través las autoridades competentes en elaborar una Norma que pueda cuidar la Salud Mental de los profesionales de salud en medio de esta pandemia.

III. MARCO TEÓRICO

El estudio de la Ansiedad, Depresión y Estrés relacionado con la actual Pandemia de COVID-19 ha buscado comprenderse desde diferentes estudios, sin embargo, para comprender cada una de ellas primeramente es importante definir algunos conceptos claves en el tema de estudio, entre los cuales se encuentran la Depresión, Ansiedad, Estrés y COVID-19.

1.1 DEPRESIÓN

1.1.1. Definición

La depresión en un inicio se llamaba melancolía, pero fue Hipócrates que este estado de ánimo fue considerado como una enfermedad provocada por la alteración de uno de los 4 humores corporales. El origen del Término Depresión es encontrada en la expresión latina *de* y *premere* (empujar u oprimir hacia abajo) (17).

Según la OMS-OPS 2017 la Depresión está caracterizada por sentimientos de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, fatiga y falta de concentración, la cual puede llegar a ser duradera, deteriorando la capacidad de las personas de desempeñar su trabajo o su rendimiento académico o de hacerle frente a sus

actividades en su vida diaria, entendiéndose que existe un deterioro importante en todas las actividades cotidianas, como también existe una afección en el desempeño laboral y académico, llegando a causar Suicidio en su forma más Grave (17). Según la Guía Técnica del cuidado de la Salud Mental del personal de salud en el contexto del COVID-19 un episodio depresivo es cuando la persona sufre un ánimo triste, en donde pierde la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas que lo rodean, disminuyendo su vitalidad llevando a una disminución de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado pese a un esfuerzo mínimo(18).

1.1.2. Fisiopatología

Existe una Disfunción del Sistema de la Dopamina en la Fisiopatología de la Depresión, debido a que se observa síntomas como la anhedonia y la desmotivación, la activación del sistema DA por la anfetamina inducida por el estrés se sigue por una depresión de la neurona DA como también existe disfunción en el neurotransmisor que es la Serotonina, en el que los estudios farmacológicos antidepresivos se dirigen al sistema de la Serotonina en el SNC. Se han identificado la hiperactividad en el área cortical pre frontal 25, en el que cualquier tratamiento que sea efectivo para la depresión revierte la hiperactividad en la mencionada región, por otro lado si el factor estresante se mantiene constante durante un periodo más largo, por consiguiente el estado depresivo se mantiene durante un periodo prolongado después de la retirada(19).

1.1.3 Factores Genéticos

La depresión es el resultado de la combinación de muchas variantes genéticas, trastorno complejo con una heredabilidad del 37% estimado a partir con el estudio de gemelos(20).

El Trastorno Depresivo mayor forma parte del grupo de enfermedades llamadas complejas en su contexto genético, su componente ha sido identificado a partir

de estudios de familia, los cuales no siguen un patrón clásico de herencia mendeliana, se tiene la hipótesis que están involucrados una gama de genes cuya expresión estaría modulada por un gran número de factores ambientales como también que la prevalencia de esta enfermedad será más elevada entre los familiares de los afectados que en la población general y cuanto mayor sea el porcentaje de genes compartidos con la persona afectada habrá mayor riesgo para desarrollar este trastorno, se demostró que entre los factores de 1er grado de un paciente con depresión mayor (padres y hermanos, 0% de genes compartidos) existe un elevado aumento de la prevalencia (15%) respecto a la observada entre la población general (5,4%), en relación a los genes que producen el riesgo en estudios de ligamiento se observó realizando estudios en muestras con Depresión Mayor recurrente, muestra un LOD-score superior a 3 (4.2) en la región cromosómica 11 pter-p15, esta región del cromosoma 11 contiene genes que han sido considerados para el TDM como la Tyrosina Hidroxilasa, enzima clave en la síntesis de dopamina, mostrándose en estudios que la inhibición de la TH causa depresión en sujetos sanos. También se evidencia de ligamiento en mujeres con depresión mayor recurrente de inicio temprano con la región cromosómica 2q33.34 en la que se encuentra el gen CREB1, gen que codifica para el factor de transcripción CREB1 que regula la expresión de factores de crecimiento involucrados en la sinaptogénesis y neurogénesis que elevarían el riesgo de desarrollar depresión. En un meta análisis de estudios de genética en depresión mayor en el que se analizaron 20 polimorfismos distribuidos en 18 genes, 5 de estos genes mostraron una asociación significativa con la depresión mayor (APOE, GNB3, MTHFR, SLC6A3 y SLC6A4) (20).

1.1.4. Factores Químicos

La hipótesis de la monoamina continua siendo relevante el cual indica que los trastornos de ánimo se asocian con un Transporte deteriorado de serotonina, noradrenalina y dopamina(20).

Existe una hipoactividad de las monoaminas como son la Serotonina (5HT), la Noradrenalina (NA) y la Dopamina (DA), otro neurotransmisor involucrado es el Ácido Gabaaminobutirico (GABA) y el glutamato, estos 3 últimos muestran hiperactividad en el mesencéfalo

En relación a la *Serotonina (5HT)* la vulnerabilidad combinada con la exposición a eventos potencialmente mortales, se combina con diferentes polimorfismos de la región transportadora del gen transportador 5HT(21).

Se evidencia la hipoactividad de la *Dopamina (DA)* en el cerebro de los pacientes deprimidos, se observa una elevación del transportador DA en todas las regiones del cerebro examinadas especialmente en el núcleo caudado derecho(21).

En la fisiopatología de la Depresión las interacciones entre la Ach y5HT son importantes , ya que se evidencia que Ach aumenta la liberación de 5-HT activando los receptores nicotínicos, las variantes genéticas de los receptores genéticos de Ach muscarinicos o nicotínicos se encuentran presentes en la Depresión mayor, como también se observó que la activación de los receptores nicotínicos Ach reduce la incidencia y la gravedad de los síntomas depresivos durante el tabaquismo y que el gen alfa-7-nAChR es un gen de susceptibilidad a la Depresión Mayor(21).

El Glutamato es un neurotransmisor importante que desciende y se eleva en la Depresión mayor, se observa en estudios con Resonancia Magnética de protones una concentración reducida de glutamato, los receptores glutaminergicos metabotropicos modulan la neurotransmisión glutaminergica excesiva(21).

El neurotransmisor GABA está involucrado en la etiología de la Depresión Mayor en el que se observó una neurogénesis disminuida en el hipocampo del Adulto en combinación con la reducción de *GABA_A*una. Usando la

espectroscopia de resonancia magnética de protones en la corteza prefrontal se observa disminución de las concentraciones de GABA(21).

1.1.5. Factores Psicosociales

Freud describió una ambivalencia hacia un objeto de amor (persona) que puede producir una forma patológica de duelo si el objeto se pierde o se percibe como perdido, el cual forma la depresión con sentimientos como culpa, inutilidad e ideación suicida, la pérdida simbólica o verdadera del objeto de amor se percibe como rechazo, la manía y euforia se consideran una defensa frente a la depresión. Con mucha frecuencia preceden a los primeros episodios de los trastornos del estado de ánimo, tales acontecimientos pueden causar cambios neuronales predisponiendo a episodios posteriores de un trastorno de ánimo(6).

1.1.6. Epidemiología

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad, afecta más a mujeres que a hombres, en el peor de los casos lleva al suicidio, pese a que hay tratamientos eficaces para la depresión más de la mitad de los afectados a nivel mundial no recibe esos tratamientos y más del 90% en varios países(22).

La OPS y OMS estima que el 2015 la proporción de la población con depresión a nivel mundial fue de 4.4%, siendo la depresión más común en mujeres (5,1%), que en los hombres (3,6%). la prevalencia varía de acuerdo a las regiones, desde una prevalencia de 2,6% en la población masculina de la región del Pacífico occidental a una prevalencia de 5,9% en las mujeres de la Región de África, las Tasas de prevalencia varían de acuerdo a la edad alcanzando su punto máximo en las edades de 55 y 74 años, por encima de 7.5% por encima para las mujeres y por encima de 5,5% para los hombres. El número de personas con Depresión a nivel mundial es de 322 millones, teniendo en cuenta que casi la mitad de los mismos habitan en la región de Asia

Sudoriental y en la región del pacífico occidental, el número total estimado de personas con depresión se incrementó en un 18,4% entre el 2005 y el 2015 (23).

En España según la Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 se observó que la prevalencia de la Depresión es de 2,5 veces más frecuente en personas desempleadas (7,9%), en comparación con las que tienen una fuente de trabajo (3,1%), como también en las personas con Incapacidad para trabajar alcanza al 30%, el 10.7% de la población de 60 y más años consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres contra 7.4% en los hombres), el 5,6% de la población de 15 y más años toma antidepresivos o estimulantes (7,9% de las mujeres y 3,2% de los hombres) (24).

En México en las gestiones 2001 y 2002 se realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en el Área urbana y en personas de 18 a 65 años de edad, en los que encontraron que la Depresión tenía una Prevalencia de 7.2 %, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre, en el análisis se vio que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un episodio de Depresión durante la adolescencia con una relación mayoritaria en mujeres de 3 contra 1 en relación a los hombres (25).

En Bolivia de acuerdo al SNIS en la gestión 2015 se registraron a nivel Nacional 12.654 episodios depresivos , de los cuales 8694 corresponden a mujeres y 3960 a hombres, Cochabamba con 2484 casos, La Paz con 1977, Chuquisaca con 1741, Santa Cruz con 1077 y Tarija con 1076 episodios, de los cuales existe mayor predominancia en el sexo femenino(26).

1.1.7. Clasificación

Según el DSM-5 los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera:(6)

- Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno depresivo mayor, episodio único.
- Trastorno depresivo mayor recurrente.
- Trastorno depresivo persistente (Distimia).
- Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento.
- Trastorno Disforico premenstrual.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno especificado.
- Trastorno depresivo especificado

1.1.8. Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo

Es una irritabilidad crónica, grave y persistente, las manifestaciones clínicas son los accesos de cólera, que ocurren en respuesta a la frustración, lo último en forma de agresión contra objetos, uno mismo y otras personas, los cuales deben ocurrir como promedio tres o más veces a la semana, en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en la casa y en el colegio. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera, debe ser característico del niño, debe estar la mayor parte del día y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño(6).

1.1.9. Trastorno Depresivo Mayor

Caracterizado por Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, en niños y adolescentes el estado de ánimo es irritable, disminución importante del interés por todas o casi todas las actividades la mayor parte de día, pérdida de peso de más de un 5% del peso corporal en un mes, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad casi todos los días, pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas recurrentes si un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social,

en el trabajo. Por lo mismo cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas(6).

1.1.10. Trastorno Depresivo persistente (Distimia)

Es una alteración persistente y Crónica del ánimo que ha durado un mínimo de dos años caracterizándose por anorexia, insomnio, pérdida de energía, autoestima baja, dificultad para concentrarse y sentimiento de desesperanza, se requieren 2 de los 6 síntomas, pero deben haber persistido de manera más o menos continua por un mínimo de 2 años. Es de inicio temprano, comúnmente en la niñez, adolescencia o a principios de la edad adulta, y por definición es crónico. Algunas personas desarrollan el síndrome depresivo mayor más grave. El inicio temprano antes de los 21 años de edad se podría relacionar con trastornos de personalidad y el trastorno de uso de sustancias(27).

1.1.11. Trastorno Disfórico premenstrual

Es un trastorno distintivo que responde al tratamiento que se inicia posterior a la ovulación y remite en la fase de menstruación, caracterizándose por iniciar en la última semana del ciclo menstrual, con labilidad del estado de ánimo, llanto repentino y sensación de rechazo, irritabilidad y estado de ánimo depresivo, ansiedad, falta de concentración, desesperanza, fatiga cambios en el patrón del sueño y cambios en el apetito y síntomas físicos como sensibilidad mamaria, hinchazón y distensión abdominal(6).

1.1.12. Clínica del Trastorno Depresivo

Las dimensiones clínicas de la Depresión se dividen en *Alteraciones del humor* caracterizado por: Tristeza, Disforia, Anhedonia Desesperanza, Riesgo de suicidio, Ansiedad; *Disfunción cognitiva* : Dificultades atencionales ,ralentización del habla, alteraciones de las funciones ejecutivas, dificultades amnésicas, apatía, rumiaciones y culpa excesiva; *Ritmos circadianos*: Ausencia de energía, impulso vital pobre, alteración de la Libido, alteración del patrón del sueño,

cambios en el peso, Alteración del apetito; Déficit motores: Ralentización motora, inquietud y agitación(17).

2.1. ANSIEDAD

2.1.1. Definición

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica, la cual va a estar mediada por los sistemas simpático y parasimpático(28)

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (21ava edición), el término ansiedad proviene del latín anxietas, el cual refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (28)

2.1.2. Epidemiología

De acuerdo a la OMS a nivel mundial se calcula que en el año 2015, la proporción mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%, en el que de igual manera en las mujeres son más comunes (4,6% en mujeres vs 2,6% en hombres) (23)

En la Región de las Américas se estima hasta el 7,7% de la población femenina sufre de trastornos de ansiedad frente a un 3,6% de los hombres. Se tiene un número total estimado de personas con este trastorno mental de 264 millones en la gestión 2015, reflejando así un incremento del 14,9% desde el 2005 a consecuencia del crecimiento y la población envejecida(23).

2.1.3. Clasificación

Según la DSM-5 (5ta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales existen 11 tipos de Diagnóstico de los trastornos de Ansiedad los cuales se describen a continuación:(6)

2.1.3.1. Trastorno de Ansiedad por separación

Definida como miedo a la separación de los seres queridos, al menos tres de los síntomas detallados a continuación por más de 1 mes si es menor de 18 años y más de 6 meses en el caso de adultos:

Ansiedad:

- Por separación del hogar o de los seres queridos.
- Al salir de casa, porque supone tal separación.
- Por dormir lejos (diferente habitación) de los seres queridos.

Junto con sentimientos de:

- Preocupación sobre un posible daño a los seres queridos.
- Preocupación sobre la separación (aunque no inminente) de los seres queridos.
- Miedo al aislamiento de los seres queridos.

Que incluya: Pesadillas (6).

2.2.3.2. Mutismo Selectivo.

Definida como la incapacidad de las personas para poder hablar en ciertas situaciones sociales, aunque en otras no exista el problema (por lo menos de 1 mes en ausencia de un trastorno independiente e impide el funcionamiento social, educativo y laboral)(6).

2.2.3.3. Trastorno de ansiedad social (fobia social).

Es un miedo irracional a las situaciones públicas (por ejemplo, hablar, comer o usar baños públicos, puede también estar asociado con crisis de angustia, generalmente suele ocurrir en la adolescencia temprana, pero también puede desarrollarse durante la niñez. Afecta hasta el 13% de las personas. Se presenta con la misma frecuencia en las mujeres y varones(6).

2.2.3.4. Trastorno de angustia o pánico.

Caracterizada por crisis de pánico espontáneas, los cuales se encuentran asociados con la agorafobia (miedo intenso a los espacios abiertos, a salir solo de casa o a estar entre una multitud). La angustia puede desarrollarse por diferentes etapas: ataques subclínicos, crisis de angustias completas, ansiedad anticipatoria, evitación fóbica de situaciones específicas y agorafobia. Puede conducir al abuso de alcohol o drogas, a la depresión y a restricciones ocupacionales y sociales. La agorafobia puede presentarse sola, aunque los pacientes habitualmente sufren crisis de pánico asociados. Estos pacientes tienen miedo a múltiples quejas somáticas relacionadas con la disfunción del SNA, con riesgo elevado en las mujeres (Tabla 1), generalmente se requiere el uso de los medicamentos que son la base del tratamiento(6).

Tabla1

Temores Fóbicos Más Frecuentes

| Fobias | Descripción |
|---------------|------------------------------------|
| Acrofobia | Miedo a las alturas |
| Agorafobia | Miedo a lugares abiertos |
| Hidrofobia | Miedo al agua |
| Claustrofobia | Miedo a espacios cerrados |
| Cinofobia | Miedo a los perros |
| Misofobia | Miedo a la suciedad y los gérmenes |
| Pirofobia | Miedo al fuego |
| Xenofobia | Miedo a los extranjeros |
| Zoofobia | Miedo a los animales |
| Aigmofobia | Temor a objetos puntiagudos |
| Dromofobia | Temor a cruzar las calles |
| Ceraunofobia | Temor a los relámpagos |
| Aerofobia | Temor a las corrientes de aire |
| Pirofobia | Temor al fuego |

Fuente: Introducción a la Psicopatología y a la psiquiatría. 8va. Edición 2015.

2.2.3.5. Agorafobia

Ansiedad por estar en lugares o situaciones, como en una multitud, en espacios abiertos, en donde se teme que sea imposible escapar o salir. La situación se evita o experimenta con mucha angustia, y a veces incluye el miedo de tener crisis de angustia. Los pacientes agorafobicos pueden permanecer confinados en sus casas y no abandonar nunca el lugar si no es con compañía(6).

2.2.3.6. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Consiste en una preocupación exagerada de circunstancias de la vida cotidiana. Los síntomas pueden fluctuar y superponerse con otros trastornos médicos y psiquiátricos. La ansiedad en este trastorno es dificultosa controlarla, es subjetivamente angustiante y produce deterioro en áreas importantes de la vida de una persona. Tiene lugar en niños y adultos con una prevalencia del 45% durante toda la vida(6).

2.2.3.7. Trastorno de ansiedad inducido por medicamentos o sustancias.

Se producen cuando los ataques de ansiedad o de angustia se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o del retiro de una sustancia o medicamento conocido por producir estos síntomas.

Los signos de alerta incluyen crisis de angustia y delirio de forma inicial. Una amplia gama de sustancias puede causar los síntomas de ansiedad que se asocian habitualmente con los estados de intoxicación o de abstinencia, siendo las responsables las sustancias como las anfetaminas, cocaína, cafeína, la dietilamida del ácido lisérgico y la 3.4-metilendioximetanfetamina(6).

2.2.3.8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Es muy frecuente y la DSM-5 sugiere que los médicos especifiquen si el trastorno se caracteriza por síntomas de ataques de ansiedad generalizada o

de angustia. Una amplia gama de afecciones neurológicas y médicas pueden ocasionar síntomas de ansiedad(6).

Tabla2

Causas Médicas y Neurológicas de la Ansiedad.

| Neoplasias Cerebrales | Hipoxia | Déficit de vitamina B12 |
|---|------------------------------------|-------------------------|
| Traumatismo cerebral y síndromes posconmocionales | Enfermedades cardiovasculares | Síndrome carcinoide |
| Enfermedades cerebrovasculares | Disfunción tiroidea y paratiroidea | Arteritis temporal |
| Hemorragia subaracnoidea | Anemia | Hipoglucemia |
| Migraña | Alteraciones endocrinas | Artritis Reumatoide |
| Encefalitis | Disfunción hipofisaria | Poliarteritis nodosa |
| Sífilis cerebral | Insuficiencia Pulmonar | Hipoglicemia |
| Esclerosis Múltiple | Disfunción suprarrenal | Porfiria |
| Enfermedad de Wilson | Feocromocitoma | Síndromes febriles |
| Abstinencia de alcohol y drogas | Trastorno de virilizacion femenina | Síndrome premenstrual |
| Epilepsia | Trastornos inflamatorios | Uremia |
| Afecciones Sistémicas | Lupus Eritematoso | Trastornos tóxicos |
| Enfermedad de Huntington | Vasopresores | Penicilina |
| Sulfonamidas | Mercurio | Arsénico |
| Fosforo | Organofosforados | Benceno |

Fuente. - Manual de Bolsillo de Psiquiátrica Clínica 6ta.Edición 2019.

3.1. Trastornos relacionados con traumas y factores de ESTRÉS

3.1.1. Definición

El Trastorno por estrés posttraumático (TEPT) y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la aparición de gran estrés y ansiedad después de la exposición a episodios traumáticos, los cuales incluyen atestiguar o involucrarse en un accidente violento o en un crimen, una batalla militar, un ataque, ser secuestrado, sufrir un desastre natural, ser diagnosticado con una enfermedad con riesgo vital o estar sometido a abuso físico o sexual, por lo cual la persona reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, revive de forma persistente el acontecimiento e intenta evitar su rememoración.

Las personas vuelven a experimentar el acontecimiento traumático en sus sueños y en sus pensamientos diarios, otros síntomas son Depresión. Ansiedad, deficiencias cognitivas, como disminución de la concentración (29).

3.1.2 Epidemiología

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) reportó en 2014 que en E.E.U.U. la prevalencia de TEPT en adultos mayores de 8.7%, mientras estimaciones bajas (0.5 – 1.0%) se consideraron para Europa, Asia, África y América Latina. En el año 2019, Yu y col. con el apoyo de un metanálisis aplicado a una muestra de 13402 niños chicos diagnosticados con TEPT reportaron que la prevalencia de esta condición médica después de sufrir una lesión fue del 20.5%, mayor en niñas que en niños (24.61% vs 19.36%), una prevalencia de 58.93% en niños de sectores rurales y 57,36% en niños que habitan en entornos urbanos (29).

3.1.3 Comorbilidad

Cerca de dos tercios de los pacientes padecen además de otros dos trastornos, de los cuales los más frecuentes son los trastornos depresivos, relacionados con las sustancias, trastornos de Ansiedad y bipolares, los cuales aumentan la vulnerabilidad del individuo al TEPT.(6)

3.1.4 Factores predisponentes de vulnerabilidad al trastorno por estrés postraumático

- Presencia de trauma infantil.
- Riesgos de personalidad límite, paranoide, dependiente o antisocial.
- Inadecuación del sistema de apoyo familiar o social.
- Sexo femenino.
- Vulnerabilidad genética a la enfermedad psiquiátrica.
- Cambios vitales recientes estresantes.
- Percepción de un lugar externo de control (causa natural) en un lugar interno (causa humana).
- Ingesta Excesiva de alcohol reciente (6).

3.1.5 Cuadro Clínico

Las personas con TEPT presentan síntomas en tres campos: síntomas de intrusión tras el trauma, evitación de estímulos asociados con él y síntomas relacionados con aumento en el estado de alerta como los sobresaltos. Escenas retrospectivas o flashbacks representa un síntoma de intrusión, recuerdos y sueños angustiosos, reacciones de estrés psicológico debidas a la exposición a estímulos relacionados con el trauma. La persona debe cumplir al menos uno de los síntomas de intrusión para cumplir con los criterios del TEPT. Entre los síntomas de evitación se incluyen los esfuerzos por evitar pensamientos o actividades relacionados con el trauma, efecto embotado, sentimientos desapego, entre los síntomas de un aumento del estado de alerta se incluyen insomnio., irritabilidad, hipervigilancia y sobresaltos exagerados (6).

3.1.6 Diagnostico

Incluyen síntomas de intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo e hiperexcitación, los síntomas deben estar presentes al menos 1

mes. Este diagnóstico brinda al médico diferenciar si los síntomas se presentan en niños en edad preescolar o con síntomas disociativos (despersonalización y desrealización), para los pacientes en los que los síntomas se hayan presentado menos de 1 mes corresponde el diagnóstico de Trastorno por estrés Agudo (6)

3.1.7 Diagnóstico Diferencial

Es importante reconocer los factores orgánicos tratables que contribuyen a los síntomas postraumáticos especialmente el Traumatismo craneoencefálico, otras consideraciones orgánicas que puede causar el incremento de los síntomas incluye la epilepsia, trastornos de consumo de alcohol y relacionados con otras sustancias. Los síntomas del TEPT pueden ser difíciles de distinguir del trastorno de pánico del trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor coexiste frecuentemente con el TEPT (6)

3.1.8 Tratamiento

El tratamiento requiere la prescripción de psicofármacos para reducir los cambios neurobiológicos originados por la situación estresante, fármacos para disminuir la ansiedad y depresión. Como objetivo es mejorar la calidad de vida y recuperar el bienestar del paciente (28).

4.1. COVID-19

4.1.1. Definición

Los Coronavirus (CoV), pertenecen a la Familia Coronaviridae, sub familia Orthocoronaviridae, con genoma ARN monocatenario, en humanos causan infección Respiratoria como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS, 2002), Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS,2012) y gastrointestinal (30). Las Autoridades Chinas el 07 de Enero de 2020 la denominaron SARS-Cov-2 como agente causante del brote del COVID-19(31).

4.1.2 Antecedentes

La Pandemia del COVID-19 se origina en Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular de China, el cual se ha ido extendiendo a muchos países. La OMS la cataloga el 30-01-2020 como emergencia de Salud Global debida a las crecientes tasas de notificación de China y otros países. Al 20 de Febrero de 2020 se reportaron 78.771 casos de COVID-19 a nivel mundial, de los cuales 76.936 casos se confirman en China, como también existen 2461 muertes confirmadas (32).

4.1.3. Epidemiología

Según el informe de situación 65 de la OMS del 25 de Marzo de 2020, a nivel mundial se han reportado 414.179 casos confirmados y 18.440 muertes, como resultado los Trabajadores de Salud enfrentan problemas psicológicos como Ansiedad, Depresión y Estrés, especialmente en las profesionales mujeres, específicamente en el personal de Enfermería, y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos y confirmados (32).

4.1.4. Fuente de infección

Al momento aún se desconoce con exactitud el reservorio natural y el posible transmisor a los humanos, sin embargo la fuente primaria más probable de la enfermedad por el SARS-COV-2 es de origen animal y su posible origen ancestral el virus más cercano es el Bat Cov RATG13, aislado antes de un murciélago en Yunnan en China, por lo que se tiene la hipótesis de que este virus haya evolucionado a SARS-COV-2 a través de hospedadores intermediarios (33).

4.1.5. Manifestaciones Clínicas

Los signos y síntomas más frecuentemente descritos son: Fiebre o historia reciente de fiebre (47-90%), tos seca o productiva (25-68%), disnea o dificultad para respirar(19-31%), Astenia (6-38%), dolor de garganta (14-24%), cefalea (14%), mialgias o artralgias (5-15%), escalofríos (11-27%), otras

manifestaciones : náuseas o vómitos (5-6%), diarrea (4-14%), congestión nasal o conjuntival (5%)(34).

Los signos clínicos para predecir Neumonía son:

- Temperatura > a 38°C
- Taquipnea > 20 respiraciones /min
- Taquicardia > 100 latidos/min, aunque no como único signo (33)

4.1.6 Mecanismo de Transmisión

Se transmite a través de gotas y fómites durante el contacto sin protección entre una persona infectada y una expuesta, el virus en un inicio puede detectarse 1-2 días antes del inicio de los síntomas en el tracto respiratorio superior, el virus persiste de 7 a 12 días y hasta 2 semanas en casos graves, según estudios preliminares se estima que el ataque secundario en hogares fue del 3-10% (34).

4.1.7. Diagnostico Laboratorial

La OMS recomienda uso de ensayos moleculares basados en la PCR como método de rutina, sin embargo son complejos y largos que limitan el procesamiento de las muestras, sin embargo también se han desarrollado “pruebas rápidas” con el objetivo de acortar el tiempo de diagnóstico (34).

La Reacción de la cadena polimerasa en tiempo real (PCR/RT) es el método diagnóstico de infección para SARS-CoV-2 el cual es más sensible para detectar y cuantificar los ácidos nucleicos, el cual se basa en la detección de dos marcadores en el genoma del virus: el gen E, utilizado como tamizaje, seguido de la confirmación de los positivos al gen E a través de la infección del gen RdRP (34).

Las pruebas rápidas moleculares son pruebas basadas en la PCR, con modificaciones para mejorar su tiempo de procesamiento, seguridad de manipulación y facilidad de uso de modo automático. En EEUU la FDA ha

aprobado dos pruebas la “XpertXpress SARS-Cov-2-test” y la “Abbott ID NOW COVID-19 test” (35)

También están las pruebas inmunológicas basadas en la reacción antígeno anticuerpo, para el caso del SARS-CoV-2 las pruebas inmunológicas (serológicas) son anti IgG y anti IgM que detectan anticuerpos policlonales contra el virus, el anticuerpo IgM disminuye y desaparece después de 2 a 4 semanas, las pruebas que se realicen después de este periodo de tiempo, que evalúen únicamente este anticuerpo podrían reportar falsos negativos (35).

Tabla3

Interpretación de Anticuerpos IgG e IgM en Pruebas Rápidas.

| IgG | IgM | Interpretación | Comentario |
|----------|----------|---|--|
| Negativo | Negativo | Indica ausencia de Enfermedad | Si la persona tiene cuadro clínico compatible con COVID-19, realizar PCR/RT Considerar el periodo ventana en el cual no se desarrolle aun en los anticuerpos. |
| Positivo | Positivo | Presencia de la Enfermedad | Paciente debe ser aislado |
| Positivo | Negativo | -Inmunidad -Fase final de la infección -Infección pasada y curada | Puede requerir prueba molecular (PCR/RT), para determinar si el paciente aún puede infectar a otra persona. |
| Negativo | Positivo | -Inicio temprano de la enfermedad | Se debe repetir dentro de 5 a 7 días de la prueba: |

| | |
|---------------------------|---|
| -Falso positivo de la IgM | -Si se mantiene la IgG negativa y la IgM positiva, entonces es un falso positivo. -Si la IgG e IgM son positivos indica infección actual. Realizar PCR/RT si no hay la posibilidad de repetir la IgG e IgM. |
|---------------------------|---|

Fuente: Protocolo para el Diagnostico por Laboratorio de COVID-19, en el Marco de la Emergencia Sanitara (35).

4.1.8. Estudios de Imagen

Radiografía de Tórax

Es aconsejable realizar una Radiografía de Tórax en las siguientes situaciones:

- A los 5 días de clínica persistente: Paciente > 60 años o menores con alguna enfermedad de base.
- A los 7 días de clínica persistente: Pacientes < de 60 años sin comorbilidad (33)

Demuestra patología intersticial en el 45% de los casos de casos complicados (Neumonías graves, SDRA). Se puede encontrar el patrón lineal de engrosamiento septal interlobular el cual sería el signo más común en casos iniciales o de consolidación y derrame en los avanzados. También se puede encontrar opacidades confluentes de vidrio esmerilado mixto, consolidaciones periféricas irregulares multifocales en pulmones bilaterales (33).

Tomografía de Alta resolución

El principal signo que se puede encontrar es el signo de vidrio despulido o esmerilado (86%) que asociado a engrosamiento septal interlobular producen el signo de empedrado o crazy-paving (19%), consolidación (19%) y signos lineales (14%) (30).

4.1.9. Tratamiento Sintomático y seguimiento.

Se debe monitorizar a pacientes para identificar y tratar oportunamente las complicaciones como el SDRA y sepsis.

La oxigenoterapia iniciar con 5L/min. para ir ajustando de forma progresiva hasta alcanzar una saturación $\geq 90\%$, en mujeres gestantes lograr $SpO_2 \geq 92-95\%$. (30)

En casos COVID-19 Leves para incrementar la respuesta inmunológica y como antioxidantes se recomienda el Zinc, Vitamina C, Vitamina D y el Omega3.

Se recomienda también como protector gástrico al Omeprazol. También se puede iniciar la profilaxis trombo embolica con Ácido Acetilsalicílico. En caso de existir síntomas Respiratorios se realiza el uso Azitromicina por 5 días, como alternativa se utiliza la Azitromicina por 7 días (36), Levofloxacin por 14 días (33).

4.1.9. Bioseguridad Básica para Covid-19

- Lavado de Manos
- Uso de Barbijo
- No tocarse los ojos, nariz y boca
- Mantener distancia de 2 metros entre personas
- Uso de alcohol gel(36).

4.1.10 Estrés relacionado al COVID-19

La enfermedad producida por el SARS-COV-2 implica retos para los trabajadores de salud que están predispuestos a una mayor carga de Estrés, su alto contagio genera numerosos reportes de enfermedad y muerte del personal que se encuentra en primera línea de atención, muchos de los pacientes sin diagnóstico en su primer contacto con el personal de salud. La diversidad en sus manifestaciones clínicas y su tórpida evolución generan una sensación de

impotencia, incertidumbre y frustración entre los médicos tratantes. También contribuyen la carga laboral, los estrictos requerimientos de bioseguridad, incomodidad del equipo protector, la carencia de equipos suficientes, el aislamiento en áreas específicas para la atención de pacientes COVID-19, la necesidad de hipervigilancia continua para no contaminarse, el temor de contagiar a la familia, pareja y a amigos, como también el ser mujer, estar embarazada o tener hijos o tener la enfermedad de base se han relacionado con mayor estrés(10)

La exposición continua y repetitiva ante el estrés como en esta pandemia por COVID-19 afecta las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del sujeto y si no resuelven generan alteraciones metabólicas e inmunológicas que debilitan el organismo para hacer frente a procesos infecciosos, incrementado el riesgo del personal expuesto a enfermar (10)

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diferentes trastornos mentales que afectan al personal de salud, relacionados a sus estados afectivos emocionales, que interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un acontecimiento vital estresante, siendo el Estrés un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que el organismo sufre debido a las fuertes demandas a que el ser humano es sometido, la Ansiedad una respuesta emocional que varía según el estímulo que la produzca y se acompaña de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, se convierte en patológico cuando se altera el comportamiento del individuo, la Depresión que es la pérdida de interesarse y el de disfrutar de las cosas, una baja de su vitalidad el cual lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado (37).

El Coronavirus SARS-COV-2, denominado COVID-19, es causante de casos de Síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida, transmitida a través de gotitas y fómites durante el contacto sin protección entre una persona infectada y otra expuesta, tiene un periodo de incubación de 2 a 14 días, cursa con un cuadro clínico que se extiende desde la presentación asintomática hasta la Neumonía Grave con SDRA ,choque séptico y muerte(30).

A nivel Internacional hay varios estudios referentes a la Salud Mental de los profesionales de Salud relacionados con la pandemia, es así que a inicios de la Pandemia en China se realizó una Evaluación sobre la magnitud de los resultados de la Salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19, y mediante una encuesta se observó que el 50.4% del personal en estudio informó síntomas de Depresión, 44.6% de Ansiedad, insomnio 34%, angustia 71.5%, y fue más afectado el personal de Enfermería y los que trabajaban en Wuhan China(14).

Otro estudio realizado por Huang Jizheng y col. también en China publicado en Marzo 2020 sobre el Impacto de la Epidemia del Coronavirus (Covid-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China, realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal, del 7 al 14 de Febrero de 2020, con 230 participantes que respondieron a la Encuesta, en los que se aplicó una escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la Escala de Autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS), siendo los participantes del grupo de edad de 20-59 años, de los cuales el 30.4% fueron médicos y 69.6% enfermeras. La tasa de ansiedad fue mayor en mujeres 25.67% vs hombres 11.63%, mayor en enfermeras frente a los médicos. La tasa del trastorno de estrés fue de 27,39%, teniéndose un puntaje de estrés femenino más alto frente a los varones concluyéndose que las instituciones deben fortalecer en capacidades psicológicas al personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras(12).

En España Barcelona Juan Erquicia, Laura Valls y col. realizaron un estudio titulado Impacto emocional de la pandemia Covid-19 en los trabajadores sanitarios del Hospital de Igualada. Se realizó una Encuesta personalizada a 407 profesionales en los meses de Marzo y Abril de 2020, se utilizaron instrumentos psicométricos para valorar el malestar psicológico y los síntomas de ansiedad y depresión como el DASS-21, HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) y la MADRS (Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale) que valoran la sintomatología ansiosa y depresiva. El nivel de malestar emocional fue más severo en mujeres que en hombres, tal como indican las puntuaciones más elevadas en el DASS-21 en las trabajadoras, el 31.4% tuvo ansiedad de intensidad moderada a grave según la HARS, según la MADRS 60,3% de los participantes reportaron síntomas de depresión, 12,2% mostraron depresión moderada a grave y el 48,1% depresión leve, el 14,5% presentaron síntomas de TEA (trastorno de Estrés agudo), los predictores fueron ser mujer o hombre joven, trabajadores en contacto directo con pacientes Covid-19, la percepción

de no contar con los elementos de protección para prevenir el contagio y el haber experimentado la muerte de una persona cercana a COVID-19 fueron factores de riesgo para un mayor grado de malestar emocional(15).

En América Latina en México, Rebeca Robles, Evelyn Rodríguez y col. realizaron el estudio titulado: ***Problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud involucrados en el brote Covid-19***, realizado entre el 17 de abril al 7 de mayo de 2020 en el que se hizo un estudio de investigación de tipo transversal a 5.938 trabajadores sanitarios mexicanos identificándose el insomnio, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) los cuales fueron más frecuentes en los trabajadores de salud de 1ra línea, se encontró la prevalencia de depresión en un 37.7% y el TEPT con un 37.5%, con mayor prevalencia en las mujeres en el que se vio la depresión en un 33% y el TEPT en un 16.3%(16).

No se pudo encontrar estudios realizados a nivel Nacional, sin embargo se encontraron publicaciones en Medios digitales, es así que el 24 de Abril de 2020 reporta el SIRMES LA PAZ mediante el Dr. Fernando Romero, la muerte de un funcionario de salud de 40 años del INLASA (Instituto de Laboratorios de Salud) por descompensación, producto de Estrés extremo al cual fue sometido este personal de salud en medio de la Pandemia del Coronavirus, atribuido por la falta de condiciones materiales y ante el riesgo de muerte por parte de los galenos(8).

También se encontró la publicación del Programa de Salud Mental de la Gobernación del Departamento de Santa Cruz, que realizó atenciones psicológicas y psiquiátricas mediante la línea 168 desde el 23 de Marzo al 9 de mayo de la gestión 2020 a la población y al personal de salud y el seguimiento de casos mediante llamadas o videollamadas a través de WhatsApp y presenciales, a través de visitas domiciliarias, prestando acompañamiento emocional o atención de los trastornos mentales y del comportamiento como

consecuencia de la emergencia sanitaria, la atención se extendió a pacientes y familiares con COVID-19, se realizaron 625 atenciones telefónicas de 30-45 minutos, la mayor parte de los usuarios fueron de edades de entre los 2 y 44 años, las intervenciones fueron un 99% de contención emocional y 1% atención psiquiátrica, el 70% de las atenciones fue a la comunidad y el 30% al personal de salud, en donde la Ansiedad estuvo presente en un 30% y Episodio Depresivo mayor 22%(13).

El 11 de Junio del 2020 publico el Periódico Digital LOS TIEMPOS de Cochabamba el Dr. Edgar Valdez Carrizo Director del Instituto para el Desarrollo Humano de Bolivia, el cual realizó una Encuesta Flash (Sondeo), de forma virtual del el 4 al 31 de Mayo 2020, al cual respondieron 117 personas (médicos, enfermeras, bioquímicos, fisioterapeutas), etc. de los cuales el 29% fue del sexo masculino y el 71% del sexo femenino, la mitad trabaja en el sector público, una cuarta parte en la seguridad social y el resto en el Área Privada, en los resultados se encontró que los problemas que tuvo el personal se salud fue el miedo a contagiarse o llevar el virus a sus casas, el 84% presentó en algún momento Ansiedad, Depresión, Malhumor, insomnio y miedo.(12)

En el Departamento de La Paz el 10 de Junio de 2020 el Jefe de la Unidad Mental del Hospital de Clínicas, informo que Médicos, Enfermeras, personal manual, Administrativo están dentro del grupo de alto riesgo de sufrir de Estrés, cuyo origen es el miedo al contagio, por lo cual la salud mental de este Sector es fundamental para brindar atención con calidad y calidez(38).

El Estudio de Investigación se realizó en el personal de salud que trabaja en los Centros de Salud de 1er Nivel de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto, el cual cuenta con Establecimientos de Salud de 6,12 y 24 horas de funcionamiento, ubicados en los Distritos 2,3 y 12 de la mencionada ciudad, el estudio fue realizado durante la contingencia de la pandemia por el COVID-19, el personal sanitario se encuentra dedicado a la preservación de la Salud de la

población asignada, a la captación de casos sospechosos de COVID-19 de su Área de influencia y a todos los Usuarios que acuden a estos Establecimientos, los cuales se encuentran trabajando en primera línea frente a la etapa de contingencia de la pandemia COVID-19, no se conoce las características demográficas de la población en estudio, frecuencia con la cual podrían estar afectando los trastornos mentales a los profesionales de salud según las características de los mismos, como también no se conoce los Niveles de trastornos mentales que podrían estar presentes en el personal de salud, la asociación de los niveles de los trastornos mentales de acuerdo al tipo de Establecimiento de Salud y las diferencias en las frecuencias de Ansiedad, Depresión y Estrés entre profesiones , una de las causas que puede estar originando este problema es que los profesionales de Salud se encuentran trabajando en condiciones deficientes en referencia a equipamiento e insumos de Bioseguridad frente a la pandemia, lo cual afecta su salud mental, originando trastornos mentales, como también el miedo a contagiarse, el de llevar la enfermedad a sus casas y por ende a sus familias, por ello la presente investigación pretende solucionar el problema a través de la socialización de los resultados de la presente investigación a las Autoridades competentes para que se pueda mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de esta área y principalmente coadyuvar con el presente estudio a la elaboración por nuestras Autoridades gubernamentales de una Norma de Atención que cuide la salud mental de los profesionales de salud y de esta manera brinde el personal de salud una atención de calidad y con calidez.

Ante esta situación se plantea la siguiente Pregunta de Investigación.

¿Existe diferencias en la frecuencia de presentación de los trastornos mentales entre los diversos profesionales del Primer Nivel de Atención de Salud de la Red Coreia de El Alto, durante la Contingencia del Covid-19 en la gestión 2020?

V HIPÓTESIS

Ha La frecuencia de Ansiedad es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Ho La frecuencia de Ansiedad no es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Tabla cruzada FRECUENCIA ANSIEDAD*PROFESION

| | | | PROFESION | | | | Total |
|---------------------|--------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------|--------------|---------------|
| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIA DA EN ENFERMERIA | MEDICO | ODON TO LOGO | |
| FRECUENCIA ANSIEDAD | SIN ANSIEDAD | Recuento % dentro de PROFESION | 20 45,5% | 7 38,9% | 40 69,0% | 11 61,1% | 78 56,5% |
| | CON ANSIEDAD | Recuento % dentro de PROFESION | 24 54,5% | 11 61,1% | 18 31,0% | 7 38,9% | 60 43,5% |
| Total | | Recuento % dentro de PROFESION | 44 100,0% | 18 100,0% | 58 100,0% | 18 100,0% | 138 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 8,279 ^a | 3 | ,041 |
| Razón de verosimilitud | 8,360 | 3 | ,039 |
| N de casos válidos | 138 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,83.

ANALISIS: Como el valor de significancia (valor critico observado) es de 0,041 es < a 0,05 rechazamos la Hipótesis nula y aceptamos la Hipótesis Alterna, es decir que la frecuencia de Ansiedad es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020, siendo que existe mayor frecuencia de Ansiedad en las Licenciadas en Enfermería.

Ha La frecuencia de Depresión es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Ho La frecuencia de Depresión no es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Tabla cruzada FRECUENCIA DEPRESION*PROFESION

| | | | PROFESION | | | | Total |
|----------------------|---------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|
| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIADA EN ENFERMERIA | MEDICO | ODONTOLOGO | |
| FRECUENCIA DEPRESION | SIN DEPRESION | Recuento | 29 | 12 | 51 | 13 | 105 |
| | | % dentro de PROFESION | 65,9% | 66,7% | 87,9% | 72,2% | 76,1% |
| | CON DEPRESION | Recuento | 15 | 6 | 7 | 5 | 33 |
| | | % dentro de PROFESION | 34,1% | 33,3% | 12,1% | 27,8% | 23,9% |
| Total | | Recuento | 44 | 18 | 58 | 18 | 138 |
| | | % dentro de PROFESION | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 8,003 ^a | 3 | ,046 |
| Razón de verosimilitud | 8,450 | 3 | ,038 |
| N de casos válidos | 138 | | |

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,30.

ANALISIS: Como el valor de significancia (valor critico observado) es 0,046 es < a 0,05 rechazamos la Hipótesis nula y aceptamos la Hipótesis Alterna, es decir que la frecuencia de Depresión es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020, siendo que existe mayor frecuencia de Depresión en las (los) Auxiliares de Enfermería.

Ha La frecuencia de Estrés es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Ho La frecuencia de Estrés no es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Tabla cruzada FRECUENCIA DE ESTRES*PROFESION

| | | | PROFESION | | | | Total |
|----------------------|------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|
| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIADA EN ENFERMERIA | MEDICO | ODONTOLOGO | |
| FRECUENCIA DE ESTRES | SIN ESTRÉS | Recuento | 35 | 15 | 54 | 17 | 121 |
| | | % dentro de PROFESION | 7 9,5% | 83,3% | 93,1% | 94,4% | 87,7% |
| | CON ESTRÉS | Recuento | 9 | 3 | 4 | 1 | 17 |
| | | % dentro de PROFESION | 20,5% | 16,7% | 6,9% | 5,6% | 12,3% |
| Total | | Recuento | 44 | 18 | 58 | 18 | 138 |
| | | % dentro de PROFESION | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,352 ^a | 3 | ,148 |
| Razón de verosimilitud | 5,372 | 3 | ,146 |
| N de casos válidos | 138 | | |

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,22.

ANALISIS: Como el valor de significancia (valor critico observado) es 0,148 es > a 0,05 aceptamos la Hipótesis nula y rechazamos la Hipótesis Alterna, es decir que la frecuencia de Estrés no es distinta entre las diversas formaciones profesionales de Salud del primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

VI OBJETIVOS

Objetivo General:

Asociar la Ansiedad, Depresión y Estrés con el tipo de profesión del personal de salud del primer Nivel de atención de Salud de la Red Corea de El Alto, en la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Objetivos Específicos:

1. Describir las Características Sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés según Sexo, Edad y Estado Civil.
3. Comparar la frecuencia de Ansiedad, depresión y estrés con el tipo de establecimiento de salud donde desempeñan labores los profesionales del primer nivel de atención de la Red Corea.
4. Asociar la presencia de Ansiedad, Depresión y Estrés con el tipo de profesión del personal de salud de primer nivel de atención de la Red Corea de El Alto.

VII DISEÑO DE INVESTIGACION

a. Tipo de Estudio

Observacional: Porque no se desarrolló ninguna intervención por el investigador.

Transversal: Porque se midió la variable trastornos mentales (ansiedad, depresión y estrés en un solo momento del tiempo y lugar)

Analítico: Porque involucra la relación de dos variables Ansiedad, Depresión y Estrés y tipo de profesión.

b. Población:

La Red de Salud Corea cuenta con 65 Auxiliares de Enfermería, 22 Licenciadas en Enfermería, 19 Odontólogos y 89 Médicos Generales, teniendo un total de 195 Profesionales de Salud, los cuales se encuentran distribuidos en los 20 Establecimientos de Salud de 1er Nivel, ubicados en los Distritos 2,3 y 12 de la ciudad de El Alto, los Establecimientos de Salud se clasifican de acuerdo a las horas de funcionamiento, por lo mismo se tienen 6 Centros de Salud Ambulatorios de 6 horas de funcionamiento, 9 centros de Salud Ambulatorios de 12 horas, y 5 Centros de Salud Integrales de 24 horas de funcionamiento los cuales realizan atención de Parto, Puerperio y del Recién nacido (11).

c. Muestra

Para calcular la muestra se utilizó el Programa Estadístico EPI INFO versión 7.2.2.6, en el cual se introdujo datos a la Calculadora Estadística del mencionado Programa, introduciéndose como Población a 195 profesionales de salud, con una Frecuencia Esperada del 50% y con un Margen de Error aceptable del 5%, obteniéndose de esta manera una muestra de 138 Profesionales de Salud con un grado de confianza del 95%.

d. Criterios de Inclusión

1. Personal de Salud de ambos sexos que trabajen al menos 1 mes dentro del área de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto.
2. Acepten de manera voluntaria participar en la investigación.
3. No haber sido Diagnosticado previamente de estos trastornos mentales.
4. No haber sido tratados farmacológicamente para estas patologías.

e. Criterios de Exclusión

1. Estudiantes de Medicina y Enfermería que cursen el Año de Internado.
2. Mujeres que se encuentren en puerperio y o lactancia.
3. Mujeres Embarazadas.
4. Profesionales de Salud con Baja Médica durante la Contingencia Covid-19.
5. Profesionales de Salud con Declaratoria en Comisión.
6. Personal eventual de Contrato por el Municipio, OPS, ONGs, Ministerio de Salud y Deportes.
7. Profesionales de salud que se acogieron a la R.M.N.0218 que otorga Licencia especial a las profesionales de salud con condiciones de base, por comorbilidad y por edad.

f. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

Se aplicó una Encuesta online al Personal de Salud utilizando el formato de los Formularios de Google (google forms), debido a la actual pandemia del COVID-19 que no permitió realizarla de forma personalizada o de forma grupal en los Establecimientos de Salud para evitar el contagio del COVID-19, encuesta que envió el Investigador al personal de Salud mediante un enlace o Link que llegó directamente a sus teléfonos celulares a través de la aplicación WhatsApp, el

personal de salud participó de la encuesta previa aceptación del Consentimiento Informado el cual se encontraba al inicio de la Encuesta, como también se encontró la Dirección de correo electrónico y el teléfono celular del Investigador para cualquier duda.

Cabe mencionar que la Encuesta online se realizó en la Etapa de contingencia del COVID-19 y en una unidad de tiempo, vale decir en los meses de Octubre y Noviembre de la gestión 2020, para lanzar la Encuesta primeramente se socializó la Investigación al Coordinador de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto, luego a los Directores de cada Establecimiento de Salud de 1er Nivel de la red mencionada sobre los Alcances del Estudio de Investigación como también de sus Objetivos y se coordinó también las fechas en el que se enviarían las Encuestas.

En la Encuesta se incluyó información Sociodemográfica como también la Escala DASS-21 el cual permitió determinar la presencia de estados afectivos emocionales como son la Ansiedad, Depresión y Estrés en el personal de salud.

La Escala DASS-21 es un Instrumento compuesto por 3 subescalas de 7 parámetros, la cuales se contestan en formato tipo LIKERT que contiene 21 Ítems, de los cuales:

Siete Ítems evalúan la Depresión (Ítems 3,5,10,13,16, 17 y 21), siete que evalúan la Ansiedad (Ítems 2, 4, 7,9, 15,19 y 20) y siete que evalúan el Estrés (Ítems 1, 6, 8, 11, 12,14 y 18). Para poder Interpretar cada subescala, se debe de evaluar de forma separada, se deben sumar las puntuaciones de los ítems de cada una (41).

La Escala DASS-21 tiene los siguientes Puntos de Corte:

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.

La información de la Encuesta se vació en una Base de Datos en formato Excel Versión 2010, posteriormente se fue pasando variable por variable al Programa Estadístico IBM SPSS Statics Version.23 para luego analizarse la información.

g. Análisis Estadístico

La matriz realizada y codificada y tabulada en Microsoft Excel 2010 fue ingresada en el paquete estadístico SPSS V.22 para su procesamiento y análisis estadístico. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencia/porcentajes y de contingencia, para evidenciar la presencia de estos trastornos de forma general, como también dentro de cada uno de los diferentes profesionales de salud. Para corroborar la independencia entre variables se utilizó Chi cuadrado de Pearson (X^2). La significancia de los datos está determinada por parámetros internacionales, tomando en cuenta un intervalo de confianza mayor al 95% y un $p \leq 0,05$.

h. Variables

Variable Dependiente: Ansiedad, Depresión y Estrés.

Variable Independiente: Profesión

h. Operacionalización de Variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | VALOR | INSTRUMENTO |
|--------------|---|---|------------------------------|
| SEXO | Carácter o cualidad biológica que distingue al macho de la hembra. | 1.Masculino 2.Femenino | ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA |
| Grupo Etareo | Grupo integrado de personas de diferentes edades y con intervalo. | 1.- < = a 24 años 2.- 25 a 32 años 3.- 33 a 40 años 4.- 41 a 48 años 5.- 49 a 56 años 6.- 57 a 64 años 7.- 65 a 72 años | ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA |
| ESTADO CIVIL | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a este. | 1.Soltero 2.Casado 3.Union Libre 4.Viudo 5.Divorciado | ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA |

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | VALOR | INSTRUMENTO |
|-----------|--|---|---|
| ANSIEDAD | Respuesta emocional que varía según el estímulo que la produzca y viene acompañado de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. | 1. Ansiedad Leve 2. Ansiedad Moderada 3. Ansiedad Severa 4. Ansiedad Extremadamente Severa | Subescala de Ansiedad – Escala DASS-21 |
| DEPRESIÓN | Es la pérdida de interesarse y el de disfrutar de las cosas, una baja de su vitalidad el cual lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado. | 1. Depresión Leve 2. Depresión Moderada 3. Depresión Severa 4. Depresión extremadamente Severa | Subescala de Depresión – Escala DASS-21 |
| ESTRÉS | Conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que el organismo sufre debido a las fuertes demandas a que el ser humano es sometido. | 1. Estrés Leve 2. Estrés Moderado 3. Estrés Severo 4. Estrés extremadamente Severo | Subescala de Estrés – Escala DASS-21 |

Tipos de
Establecimientos de
Salud según las horas
laborales

Lugar, sitio o instalación
donde se llevan a cabo
actividades relacionadas
con la atención de la salud
humana de acuerdo a su
horario de atención.

1.- Centro de Salud
Ambulatorio de 6 horas.

- a) C.S.6 de Junio
- b) C.S. Asunción San Pedro
- c) C.S. Alto Chijini
- d) C.S. Chijini Chico
- e) C.S. Charapaqui
- f) C.S. Romero Pampa

2.- Centro de Salud
Ambulatorio de 12 horas.

- g) C.S. Santiago II
- h) C.S. Prefectural
- i) C.S. Urbanization el Kenko
- j) C.S. Copacabana
- k) C.S. San Juan Kenko
- l) C.S. Calama
- m) C.S. Luis Espinal
- n) C.S. San Martin
- o) C.S. Cosmos 79

ENCUESTA
SOCIODEMOGRÁFICA

3.- Centro de Salud Integral de 24 horas.

p) C.S.I Nuevos Horizontes

q) C.S.I. Villa Abaroa

r) C.S.I. Villa Adela

s) C.S.I. 1ro de Mayo

t) C.S.I. 3 de Mayo

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | VALOR | INSTRUMENTO |
|-----------|---|---|---------------------------|
| PROFESIÓN | Empleo o trabajo que la persona ejerce y por el que recibe una retribución económica. | 1. Auxiliar de Enfermería 2. Licenciada(do) en Enfermería 3. Odontóloga (go) 4. Médico | ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA |

VIII RESULTADOS

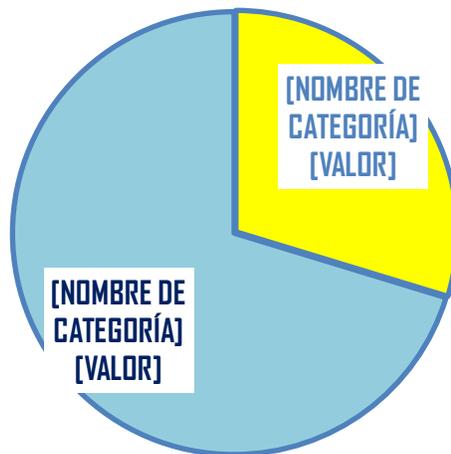
Para el presente Estudio de Investigación se realizó una Encuesta a un total de 138 profesionales de los Centros de Salud de 1er Nivel de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto, a los cuales se les solicitó información sociodemográfica y se les aplicó la Escala DASS-21 para identificar el nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés en los participantes.

A continuación, se realiza la descripción de los datos obtenidos.

8.1 Descripción Sociodemográfica

Figura 1

Porcentaje de Participantes según Sexo

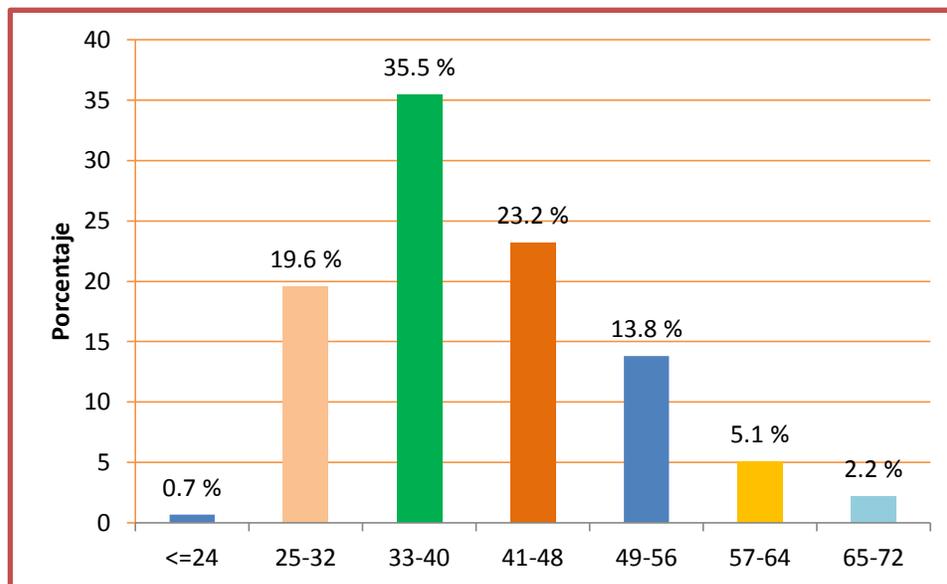


FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Predomina el sexo femenino en los profesionales de salud que participaron en la presente investigación.

Figura 2

Porcentaje de Participantes Según Grupo Etario

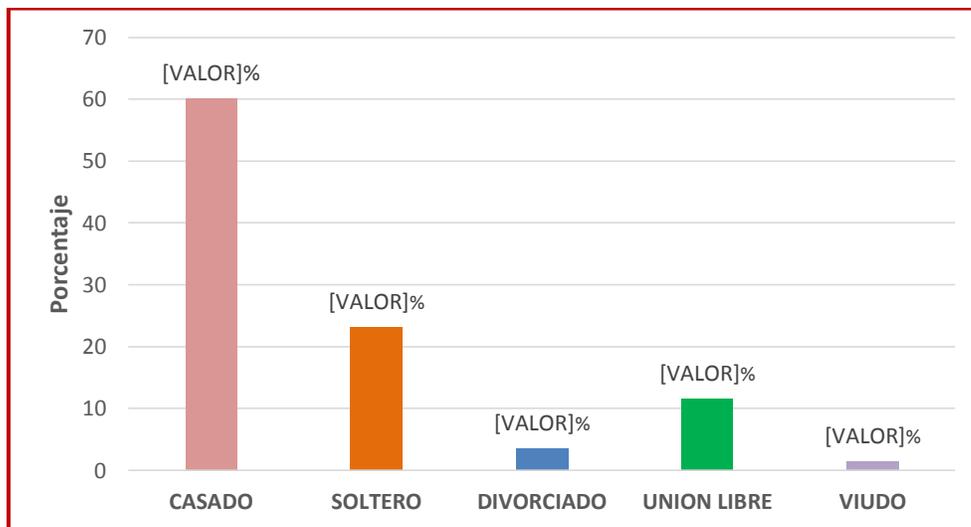


FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Los adultos y adultos jóvenes son la mayor fuerza laboral de los profesionales que participaron en el estudio.

Figura 3

Porcentaje de Participantes Según Estado Civil.

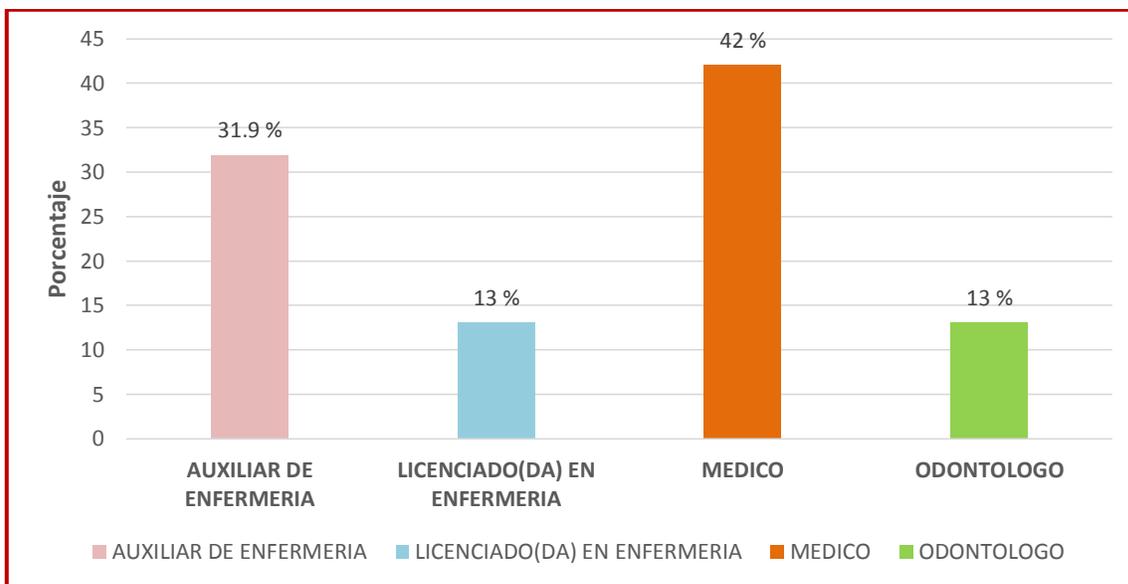


FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Más del 60.1% de la población total se encuentran en un vínculo estable en relación a su estado civil, seguido de los solteros que representaron un 23.2%.

Figura 4

Porcentaje de Participantes Según Profesión



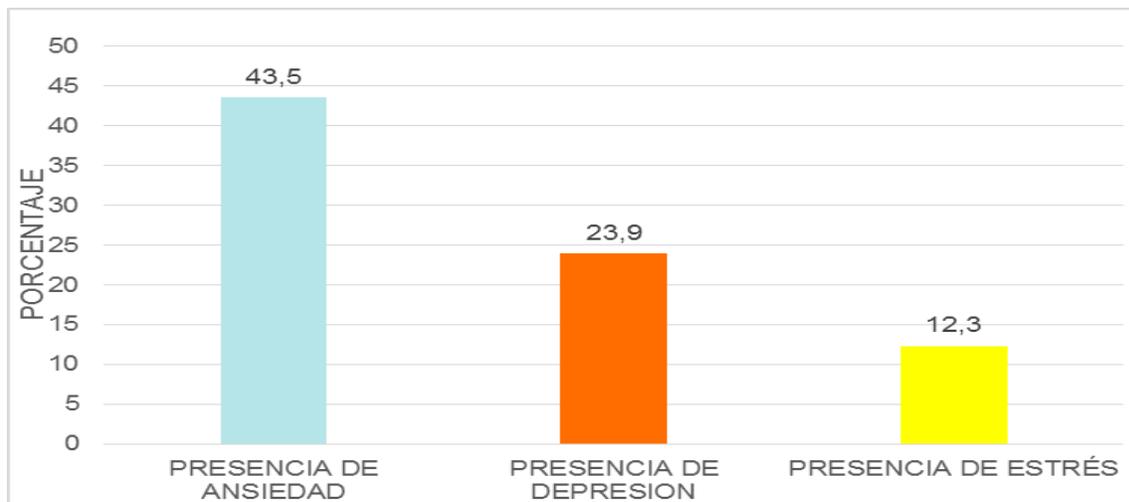
FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Según los datos obtenidos, la participación de los profesionales de Salud con mayor predominancia fueron en primer lugar los Médicos con el 42%, seguido de las Auxiliares de Enfermería con un 31.9%, siendo estos dos grupos los que tenían más contacto directo con la población recibida desde el ingreso a la institución.

8.2 Descripción de los trastornos de Ansiedad, Depresión y Estrés.

Figura 5

Porcentaje de Ansiedad, Depresión y Estrés en el Personal de Salud según la escala DASS-21



FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

La figura N. 5 muestra en general los resultados correspondientes a la presencia de ansiedad 43.5%, depresión 23.9% y estrés en 12.3%, siendo la presencia de ansiedad la más frecuente en la población en de estudio.

Tabla 4

Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Ansiedad en el Personal De Salud según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad).

| Niveles de Ansiedad | Frecuencia | % |
|--------------------------------|------------|-------|
| SIN ANSIEDAD | 78 | 56.5 |
| ANSIEDAD LEVE | 11 | 8.0 |
| ANSIEDAD MODERADA | 26 | 18.8 |
| ANSIEDAD SEVERA | 8 | 5.8 |
| ANSIEDAD EXTREMADAMENTE SEVERA | 15 | 10.9 |
| Total | 138 | 100.0 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Del total de profesionales que presentaron ansiedad el Nivel de Ansiedad de tipo Moderada predomina en el grupo de estudio con el 18.8%, llama la atención la presencia de Ansiedad Extremadamente Severa en los profesionales de salud que representa el 10,9 %.

Tabla5

Frecuencia y porcentaje de los Grados de Depresión en el Personal De Salud, según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión).

| Niveles de Depresión | Frecuencia | % |
|---------------------------------|------------|-------|
| SIN DEPRESION | 105 | 76.1 |
| DEPRESION LEVE | 6 | 4.3 |
| DEPRESION MODERADA | 18 | 13.0 |
| DEPRESION SEVERA | 6 | 4.3 |
| DEPRESION EXTREMADAMENTE SEVERA | 3 | 2.2 |
| Total | 138 | 100.0 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

En cuanto al nivel de depresión identificado, sobresale la presencia de Depresión de tipo Moderada en el Personal de Salud que representa el 13% del total de los profesionales de salud y un 76% no identificaron sus síntomas como depresión.

Tabla 6

Frecuencia y Porcentaje de los Grados de Estrés en el Personal De Salud, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)

| Niveles de Estrés | Frecuencia | % |
|------------------------------|------------|-------|
| SIN ESTRÉS | 121 | 87.7 |
| ESTRES LEVE | 6 | 4.3 |
| ESTRES MODERADO | 6 | 4.3 |
| ESTRES SEVERO | 3 | 2.2 |
| ESTRES EXTREMADAMENTE SEVERO | 2 | 1.4 |
| Total | 138 | 100.0 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Predominan el Estrés de tipo Leve y Moderado en los profesionales de salud, ambos con el 4.3%.

8.3 Análisis Bivariado

Tabla7

Porcentaje de Grados de Ansiedad por Sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)

| Sexo | Ansiedad Leve | Ansiedad Moderada | Ansiedad Severa | Ansiedad Extremadamente Severa | Total |
|-------|---------------|-------------------|-----------------|--------------------------------|-------|
| VARON | 3 | 4 | 0 | 0 | 7 |
| % | 2.2% | 3% | 0% | 0% | 5.2% |
| MUJER | 8 | 22 | 8 | 15 | 53 |
| % | 5.8% | 16% | 6% | 11% | 38.8% |
| Total | 11 | 26 | 8 | 15 | 60 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la presencia de Ansiedad en el sexo femenino a predominio de la ansiedad Moderada con el 16%. Se denota casos aislados de Ansiedad en el Sexo Masculino, por lo cual la variable sexo tiene significancia a la hora de que los profesionales de salud presenten Ansiedad.

Tabla 8

Porcentaje de Ansiedad por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)

| Grupo Etareo | ANSIEDAD LEVE | | ANSIEDAD MODERADA | | ANSIEDAD SEVERA | | ANSIEDAD EXTREMADAMENTE SEVERA | | Total | % |
|--------------|---------------|-----|-------------------|------|-----------------|-----|--------------------------------|------|-------|------|
| | | % | | % | | % | | % | | |
| <=24 | 6 | 4.3 | 10 | 7.2 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 22 | 15.9 |
| 25 a 32 | 5 | 3.6 | 15 | 10.9 | 5 | 3.6 | 8 | 5.8 | 33 | 23.9 |
| 33 a 40 | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 3 | 2.2 | 5 | 3.6 |
| 41 a 48 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 11 | 8.0 | 26 | 18.8 | 8 | 5.8 | 15 | 10.9 | 60 | 43.5 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

El grupo de edad sobresaliente con presencia de Ansiedad fue el de 25 a 32 años de edad con el 23.9%, a predominio de la Ansiedad de los tipos Moderada y Extremadamente Severa con el 10.9% y 5.8% respectivamente, tomando en cuenta que es el grupo con mayor actividad laboral, le sigue el grupo de edad < = a 24 años de edad con el 15.9% lo cual llama la atención, resultando que existe significancia relacionada con la edad a la hora de presentar Ansiedad.

Tabla9

Porcentaje de Ansiedad por Estado Civil, según la Escala DASS-21 (Subescala de Ansiedad)

| Estado Civil | ANSIEDAD LEVE | % | ANSIEDAD MODERADA | % | ANSIEDAD SEVERA | % | ANSIEDAD EXTREMADAMENTE SEVERA | % | Total | % |
|--------------|---------------|------|-------------------|------|-----------------|------|--------------------------------|------|-------|------|
| CASADO | 6 | 4.35 | 14 | 10.1 | 6 | 4.35 | 10 | 7.2 | 36 | 26.1 |
| SOLTERO | 4 | 2.90 | 7 | 5.1 | 1 | 0.72 | 0 | 0.0 | 12 | 8.7 |
| DIVORCIADO | 0 | 0.00 | 2 | 1.4 | 1 | 0.72 | 0 | 0.0 | 3 | 2.2 |
| UNION LIBRE | 1 | 0.72 | 3 | 2.2 | 0 | 0.00 | 3 | 2.2 | 7 | 5.1 |
| VIUDO | 0 | 0.00 | 0 | 0.0 | 0 | 0.00 | 2 | 1.4 | 2 | 1.4 |
| Total | 11 | 7.97 | 26 | 18.8 | 8 | 5.80 | 15 | 10.9 | 60 | 43.5 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

En relación al estado civil de los profesionales de salud Casados representan el 26.1% del total de los profesionales con Ansiedad, con mayor presencia de Ansiedad de tipo Moderada con el 10.1%, seguido de la Ansiedad Extremadamente Severa con el 7.2%, lo cual se debería a que este grupo de profesionales cuenta con una familia del cual es Responsable.

Tabla10

Porcentaje de Depresión por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)

| Grupo Etareo | DEPRESION LEVE | % | DEPRESION MODERADA | % | DEPRESION SEVERA | % | DEPRESION EXTREMADAMENTE SEVERA | % | TOTAL | % |
|--------------|----------------|-----|--------------------|------|------------------|-----|---------------------------------|-----|-------|-------|
| <=24 | 2 | 1.4 | 5 | 3.6 | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 8 | 5.80 |
| 25 a 32 | 4 | 2.9 | 10 | 7.2 | 4 | 2.9 | 2 | 1.4 | 20 | 14.49 |
| 33 a 40 | 0 | 0.0 | 2 | 1.4 | 2 | 1.4 | 0 | 0.0 | 4 | 2.90 |
| 41 a 48 | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.72 |
| Total | 6 | 4.3 | 18 | 13.0 | 6 | 4.3 | 3 | 2.2 | 33 | 23.91 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la presencia de Depresión en el grupo de edad de 25 a 32 años de edad con el 14.49%, destacándose en ese grupo la presencia de Depresión Moderada con el 7.2%, el cual es un grupo de edad laboralmente activo. Se puede observar que en el grupo de edad de 41 a 48 años de edad solo hay presencia de depresión en un 0.72%, por lo cual es significativa la variable edad en los profesionales de salud a la hora de que presenten Depresión.

Tabla 11

Porcentaje de Depresión según sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)

| Sexo | DEPRESION LEVE | % | DEPRESION MODERADA | % | DEPRESION SEVERA | % | DEPRESION EXTREMADAMENTE SEVERA | % | Total | % |
|-------|----------------|------|--------------------|-------|------------------|------|---------------------------------|------|-------|-------|
| VARON | 1 | 0.72 | 2 | 1.45 | 1 | 0.72 | 0 | 0 | 4 | 2.90 |
| MUJER | 5 | 3.62 | 16 | 11.59 | 5 | 3.62 | 3 | 2.17 | 29 | 21.01 |
| Total | 6 | 4.35 | 18 | 13.04 | 6 | 4.35 | 3 | 2.17 | 33 | 23.91 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Se destaca la presencia de depresión en el sexo femenino con el 21.01%, a predominio de la depresión moderada con el 11.59%, la presencia de depresión en el género masculino es mínimo con un 2.9%, en ese sentido existe significancia relacionada con el género a la hora de que los profesionales de salud presenten Depresión.

Tabla 12

Porcentaje de Depresión por Estado Civil según la Escala DASS-21 (Subescala de Depresión)

| Estado Civil | DEPRESION LEVE | % | DEPRESION MODERADA | % | DEPRESION SEVERA | % | DEPRESION EXTREMADAMENTE SEVERA | % | Total | % |
|--------------|----------------|------|--------------------|-------|------------------|------|---------------------------------|------|-------|-------|
| CASADO | 5 | 3.62 | 12 | 8.70 | 4 | 2.90 | 1 | 0.72 | 22 | 15.9 |
| SOLTERO | 1 | 0.72 | 3 | 2.17 | 0 | 0.00 | 1 | 0.72 | 5 | 3.62 |
| DIVORCIADO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| UNION LIBRE | 0 | 0.00 | 3 | 2.17 | 0 | 0.00 | 1 | 0.72 | 4 | 2.90 |
| VIUDO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 1.45 | 0 | 0.00 | 2 | 1.45 |
| Total | 6 | 4.35 | 18 | 13.04 | 6 | 4.35 | 3 | 2.17 | 33 | 23.91 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la presencia de Depresión en el grupo de estudio con Estado Civil Casado con el 15.9%, a predominio de la Depresión Moderada con el 8.7% de los participantes, seguido de la Depresión Leve con el 3.62%, llama la atención la nula presencia de Depresión en el grupo de profesionales con estado civil Divorciado, por lo cual el Estado civil tiene significancia a la hora de que el personal de salud presente Depresión.

Tabla 13

Porcentaje de Estrés por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)

| Grupo Etario | ESTRES LEVE | % | ESTRES MODERADO | % | ESTRES SEVERO | % | ESTRES EXTREMADAMENTE SEVERO | % | Total | % |
|--------------|-------------|------|-----------------|------|---------------|------|------------------------------|------|-------|-------|
| <=24 | 2 | 1.45 | 1 | 0.72 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.17 |
| 25 a 32 | 3 | 2.17 | 4 | 2.90 | 2 | 1.45 | 2 | 1.45 | 11 | 7.97 |
| 33 a 40 | 1 | 0.72 | 1 | 0.72 | 1 | 0.72 | 0 | 0.00 | 3 | 2.17 |
| 41 a 48 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Total | 6 | 4.35 | 6 | 4.35 | 3 | 2.17 | 2 | 1.45 | 17 | 12.32 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Llama la atención la presencia Estrés a predominio del grupo etario de 25 a 32 años de edad con el 7.97%, destacándose la presencia de estrés moderado con el 2.9%, resalta la nula presencia de estrés en el grupo de edad de 41 a 48 años de edad, en ese entendido resulta significativa la variable edad a la hora de que los profesionales de salud presenten estrés, podría deberse a que este grupo de edad cuenta con mayor experiencia laboral lo cual facilitaría a manejar las fuertes demandas de trabajo a los cuales los profesionales de salud se encuentran sometidos.

Tabla14

Porcentaje de Estrés por Sexo, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)

| Sexo | ESTRES LEVE | % | ESTRES MODERADO | % | ESTRES SEVERO | % | ESTRES EXTREMADAMENTE SEVERO | % | Total | % |
|-------|-------------|-----|-----------------|-----|---------------|-----|------------------------------|-----|-------|------|
| VARON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MUJER | 6 | 4.3 | 6 | 4.3 | 3 | 2.2 | 2 | 1.4 | 17 | 12.3 |
| Total | 6 | 4.3 | 6 | 4.3 | 3 | 2.2 | 2 | 1.4 | 17 | 12.3 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Se destaca la presencia de Estrés solo en las profesionales del Sexo femenino con el 12.3% a predominancia del Estrés Leve y Estrés moderado en el género mencionado ambos con el 4.3%, llama la atención la nula presencia de Estrés en el género masculino, por lo cual en ese entendido es significativa la variable sexo a la hora de que los profesionales de salud presenten Estrés.

Tabla15

Porcentaje de Estrés por Grupos de Edad, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)

| Grupo etario | ESTRES LEVE | % | ESTRES MODERADO | % | ESTRES SEVERO | % | ESTRES EXTREMADAMENTE SEVERO | % | Total | % |
|--------------|-------------|------|-----------------|------|---------------|------|------------------------------|------|-------|-------|
| <=24 | 2 | 1.45 | 1 | 0.72 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.17 |
| 25 a 32 | 3 | 2.17 | 4 | 2.90 | 2 | 1.45 | 2 | 1.45 | 11 | 7.97 |
| 33 a 40 | 1 | 0.72 | 1 | 0.72 | 1 | 0.72 | 0 | 0.00 | 3 | 2.17 |
| 41 a 48 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Total | 6 | 4.35 | 6 | 4.35 | 3 | 2.17 | 2 | 1.45 | 17 | 12.32 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Se destaca la presencia de Estrés en los profesionales de salud en el grupo de edad de 25 a 32 años de edad con el 7.97%, a predominio del Estrés Moderado con el 2.9%. Es sobresaliente la nula presencia de Estrés a partir de los 41 años de edad para adelante, en ese entendido es significativa la variable edad a la hora de que los profesionales de salud presenten Estrés.

Tabla16

Porcentaje de Estrés por Estado Civil, según la Escala DASS-21 (Subescala de Estrés)

| Estado Civil | ESTRES LEVE | % | ESTRES MODERADO | % | ESTRES SEVERO | % | ESTRES EXTREMA DAMENTE SEVERO | % | Total | % |
|--------------|-------------|------|-----------------|------|---------------|------|-------------------------------|------|-------|-------|
| CASADO | 2 | 1.45 | 5 | 3.62 | 3 | 2.17 | 1 | 0.72 | 11 | 7.97 |
| SOLTERO | 1 | 0.72 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.72 |
| DIVORCIADO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.72 |
| UNION LIBRE | 1 | 0.72 | 1 | 0.72 | 0 | 0.00 | 1 | 0.72 | 3 | 2.17 |
| VIUDO | 2 | 1.45 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 1.45 |
| Total | 6 | 4.35 | 6 | 4.35 | 3 | 2.17 | 2 | 1.45 | 17 | 12.32 |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la Presencia de Estrés en los profesionales de salud con Estado civil Casado con el 7.97%, con mayor predominio del Estrés Moderado con el 3.62%, como también se puede observar la nula presencia de Estrés en los profesionales con estado civil Divorciado, por lo cual se puede observar que tiene significancia el Estado Civil a la hora de que los profesionales sanitarios presenten Estrés.

Tabla 17

Comparar la Frecuencia y Porcentaje de Ansiedad, según la Escala DASS-21, de acuerdo al Tipo de Establecimiento.

| PRESENCIA DE ANSIEDAD | C.S. AMBULATORIO 6 HORAS | C.S. AMBULATORIO 12 HORAS | C.S. INTEGRAL 24 HORAS | TOTAL |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|
| SIN ANSIEDAD | 18 72,0% | 27 52,9% | 33 53,2% | 78 56,5% |
| CON ANSIEDAD | 7 28,0% | 24 47,1% | 29 46,8% | 60 43,5% |
| TOTAL | 25 100,0% | 51 100,0% | 62 100,0% | 138 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Es relevante la presencia de Ansiedad en los profesionales de Salud de los Centros de Salud Ambulatorios de 12 horas con el 47.1% y en los Centros de Salud Integrales de 24 horas con el 46.8%, a comparación de los centros de salud ambulatorios de 6 horas de actividad laboral, en ese entendido tiene significancia el tiempo de actividad laboral al momento de que los profesionales de salud presenten ansiedad.

Tabla 18

Comparar la Frecuencia y porcentaje de Depresión, según la Escala DASS-21, de acuerdo al Tipo de Establecimiento

| PRESENCIA DE DEPRESION | C.S. AMBULATORIO 6 HORAS | C.S. AMBULATORIO 12 HORAS | C.S. INTEGRAL DE 24 HORAS | TOTAL |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|
| SIN DEPRESION | 23 92,0% | 38 74,5% | 44 71,0% | 105 76,1% |
| CON DEPRESION | 2 8,0% | 13 25,5% | 18 29,0% | 33 23,9% |
| TOTAL | 25 100,0% | 51 100,0% | 62 100,0% | 138 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Llama la atención la presencia de Depresión en los profesionales de salud que trabajan en los Centros de Salud Integrales de 24 horas con el 29%, por otro lado, se observa que existe Depresión en un menor porcentaje en los centros de salud ambulatorios de 6 horas laborales, lo que nos demuestra que las horas de actividad laboral tiene significancia a la hora de que los profesionales sanitarios presenten Depresión.

Tabla 19

Comparar la Frecuencia y Porcentaje de Estrés, según la Escala DASS-21, de acuerdo al Tipo de Establecimiento.

| PRESENCIA DE ESTRÉS | C.S. AMBULATORIO 6 HORAS | C.S. AMBULATORIO 12 HORAS | C.S. INTEGRAL 24 HORAS | TOTAL |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|
| SIN ESTRES | 24 96,0% | 47 92,2% | 50 80,6% | 121 87,7% |
| CON ESTRES | 1 4,0% | 4 7,8% | 12 19,4% | 17 12,3% |
| TOTAL | 25 100,0% | 51 100,0% | 62 100,0% | 138 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la presencia de Estrés en los profesionales de salud que trabajan en los Centros de Salud Integrales de 24 horas con el 19.4%, por el otro extremo se observa nuevamente la menor presencia de Estrés en los centros de salud ambulatorios de 6 horas con el 4%, lo cual que nos demuestra que el tiempo de actividad laboral tiene significancia a la hora de que los profesionales sanitarios presenten estrés.

Tabla 20

Diferencias de frecuencia de Ansiedad entre Profesiones

| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIADA EN ENFERMERIA | MEDICO | ODONTOLOGO | TOTAL |
|---------------------|--------------|----------|------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|
| FRECUENCIA ANSIEDAD | SIN ANSIEDAD | Recuento | 20 | 7 | 40 | 11 | 78 |
| | | % | 45,5% | 38,9% | 69,0% | 61,1% | 56,5% |
| | CON ANSIEDAD | Recuento | 24 | 11 | 18 | 7 | 60 |
| | | % | 54,5% | 61,1% | 31,0% | 38,9% | 43,5% |
| Total | | Recuento | 44 | 18 | 58 | 18 | 138 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Sobresale la presencia de Ansiedad en las Licenciadas en Enfermería con el 61.1%, a diferencia del resto de los profesionales de salud.

Tabla 21

Diferencias de la frecuencia de Depresión entre Profesiones

| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIADA EN ENFERMERIA | MEDICO | ODONTOLOGO | TOTAL |
|----------------------|---------------|----------|------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|
| FRECUENCIA DEPRESION | SIN DEPRESION | Recuento | 29 | 12 | 51 | 13 | 105 |
| | | % | 65,9% | 66,7% | 87,9% | 72,2% | 76,1% |
| | CON DEPRESION | Recuento | 15 | 6 | 7 | 5 | 33 |
| | | % | 34,1% | 33,3% | 12,1% | 27,8% | 23,9% |
| Total | | Recuento | 44 | 18 | 58 | 18 | 138 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Llama la atención la presencia de Depresión en las Auxiliares de Enfermería con el 34.1%, seguido de las Licenciadas en Enfermería con el 33.3%.

Tabla 22

Diferencias de la frecuencia de Estrés entre Profesiones

| | | | AUXILIAR EN ENFERMERIA | LICENCIADO EN ENFERMERIA | MEDICO | ODONTOLOGO | TOTAL |
|----------------------|------------|----------|------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|
| FRECUENCIA DE ESTRES | SIN ESTRES | Recuento | 35 | 15 | 54 | 17 | 121 |
| | | % | 79,5% | 83,3% | 93,1% | 94,4% | 87,7% |
| | CON ESTRES | Recuento | 9 | 3 | 4 | 1 | 17 |
| | | % | 20,5% | 16,7% | 6,9% | 5,6% | 12,3% |
| Total | | Recuento | 44 | 18 | 58 | 18 | 138 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

FUENTE: Encuesta online, Red Corea, El Alto, 2020.

Es sobresaliente la presencia de Estrés en las Auxiliares de Enfermería con el 20.5%.

IX DISCUSIÓN

Posterior a que se estableciera la Pandemia del COVID-19, se ingresó a la etapa de Contención de la Pandemia, durante el cual desde la génesis del mismo se desnudó la precariedad del sistema de Salud, repercutiendo directamente en el estado afectivo emocional y en la salud mental de los profesionales de Salud.

Siendo conocida la gravedad ocasionada por múltiples trastornos mentales y psicopatológicos en la salud ocupacional de los profesionales de Salud de países como China y España inicialmente, como también el hecho de no haber encontrado estudios o publicaciones en Bolivia sobre esta temática, me planteé la necesidad de describir la existencia de Trastornos mentales como la Ansiedad, Depresión y Estrés en los profesionales de Salud expuestos a grandes cargas de estrés laboral, expuestos a la carga viral y a la gran responsabilidad médica por los cuales atraviesan los profesionales de Salud de 1er Nivel, entendiendo también que estos establecimientos de Salud de 1er nivel son la primera puerta de ingreso a la población en general, para que lo mismos puedan acceder a los Hospitales de 2do y 3er Nivel y puedan realizar tratamientos por Especialidad mediante la otorgación de Transferencia a estos pacientes (12).

El Estudio se realizó en 138 profesionales de Salud que trabajan en diferentes Establecimientos de Salud de 1er Nivel de la Red de Salud Corea de la Ciudad de El Alto, a los cuales se les aplicó la Escala DASS-21 en los meses de Octubre y Noviembre de la gestión 2020 previo Consentimiento Informado, para tener conocimiento si se encuentra presente la Ansiedad, Depresión y Estrés en el personal de salud. Cabe mencionar que el personal de Salud lleva trabajando incluso antes de que llegara el COVID-19 a Bolivia, cumpliendo con horarios de 30 horas semanales, realizando turnos de forma indistinta en Establecimientos de Salud Ambulatorios de 6,12 y Centros de Salud Integrales de 24 horas,

encargados de atender estos últimos además de Parto, Puerperio y atención del Recién Nacido. La Escala DASS-21 nos permite además valorar la presencia de estas patologías y clasificarlas en cuatro niveles: Leve, Moderado, Severo y Extremadamente Severo.

A partir de los hallazgos encontrados se acepta la Hipótesis alterna que establece que existe diferencia en la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés entre las diversas profesiones en el Personal del Primer Nivel de Atención de Salud de la Red Coreia de El Alto, durante la Contingencia Covid-19 durante la gestión 2020.

Los hallazgos encontrados en relación a la prevalencia de Ansiedad fueron del 43.5%, el cual es inferior y no guarda relación en comparación a otros estudios 71.6%(15) y 44.6%(14). Se pudo observar también que no hay relación con la variable género, en el estudio que se realizó se encontró prevalencia de ansiedad en el sexo femenino con el 16%, el cual es inferior a comparación con otro estudio que fue del al 31.4% a predominio de ansiedad de tipo moderada(15). Al analizar la profesión se observó que las Licenciadas en Enfermería son el primer personal de salud más afectado con Ansiedad con un 61.1%, seguido de las Auxiliares de Enfermería con el 54.5% vs Médicos 12.9% en primer lugar, seguido de las Licenciadas en Enfermería 10.7% en otro estudio, por lo cual no guarda relación en ese sentido(16). En relación a la Escala DASS-21 se halló que el nivel de ansiedad moderada predominó con un 18.8% vs.31.4% de predominancia de Ansiedad de tipo Moderada en otro estudio, lo cual no guarda relación ya que el nivel de ansiedad de tipo moderada encontrada fue inferior(15).

En cuanto se refiere a la prevalencia de la Depresión se encontró una prevalencia del 23.9%, cifra que no guarda relación con lo encontrado el cual es menor en relación al estudio realizado en China 60.5% (14), y 60,3% (15), referente al género se halló relación con la presente investigación, en el que se

observó Depresión a predominio del sexo femenino en un 21%vs 33.1% según a otro estudio(16). Al analizar la profesión se observó que en primer lugar las Auxiliares de Enfermería son el personal de salud más afectado con depresión con un 34.1%, seguido de las Licenciadas en Enfermería con un 33.3% vs Médicos 36.2% en primer lugar, seguido de las Licenciadas en Enfermería 27.4% en otro estudio(16), el cual no guarda relación con lo encontrado.). En relación a la Escala DASS-21 se encontró que la depresión moderada predomino con el 13% vs Depresión Leve con el 48.1% en otro estudio, lo cual no guarda relación con lo encontrado (15).

Los hallazgos encontrados para el Estrés en el personal de salud fue una prevalencia del 12.3%, cifra menor que no se relaciona con otros estudios 27.39% (12), en cuanto al género se observó que solo el personal femenino sufrió de Estrés Laboral con el 12.2% vs 54.2% en los solteros en otro estudio (16).lo cual no tiene relación con lo encontrado con el estudio. Al realizar el análisis de la profesión del personal de salud se encontró la predominancia del estrés en un 20.5% en las Auxiliares de Enfermería vs 32.5% a predominio del personal médico observado en otro estudio(16). Referente a la Escala DASS-21 se encontró en el presente estudio la predominancia de Estrés Leve y Moderado ambos con el 4.3% vs 14.5% de Estrés general en otro estudio(15).

X CONCLUSIONES

- Se encontró la asociación de los trastornos mentales como son la Ansiedad y la Depresión en los profesionales de primer Nivel de atención de Salud de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia del COVID-19 durante la gestión 2021, siendo más estadísticamente significativo la Ansiedad en las Licenciadas en Enfermería y la Depresión en las Auxiliares de Enfermería.
- Se determinó en el estudio que el sexo femenino fue el más afectado por la presencia de Ansiedad, Depresión y Estrés en comparación con el personal de salud de sexo Masculino, en relación a la presencia de Estrés no se presentó en el sexo Masculino, en cuanto al grupo de edad los trastornos mentales predominaron en el grupo de edad de 33 a 40 años, con predominancia del estado civil casado y los profesionales con mayor participación del estudio fueron los médicos, seguido de los auxiliares de enfermería, Licenciadas en enfermería y finalmente los odontólogos.
- Se conoció las frecuencias de los Trastornos mentales, los cuales están por orden de frecuencia en primer lugar la Ansiedad, seguido de la Depresión y finalmente el Estrés.
- Se asoció los resultados de la Escala DASS-21 según el tipo de establecimiento, en el que se halló la predominancia de la Ansiedad en los Centro de Salud Ambulatorios de 12 horas, como también se halló la Depresión y el Estrés con mayor frecuencia en los centros de Salud integrales de 24 horas.

XI RECOMENDACIONES

- Este estudio se debe de extender al personal de salud de los Hospitales de 2do y 3er Nivel para contrastar con el personal de salud de los centros de Salud de 1er Nivel.
- Tomar este Trabajo en la Red Corea como un parámetro inicial para periódicamente hacer seguimiento a los trastornos mentales como la Ansiedad, Depresión y Estrés con énfasis en las Auxiliares de Enfermería y Licenciadas en Enfermería y ver cuáles son sus causas investigando más minuciosamente, aplicar otro tipo de cuestionarios, como también identificar estos trastornos por dimensiones (Área de trabajo, horarios de trabajo etc.).
- Las preguntas de la Encuesta DASS-21 deben ser respondidas en el tiempo indicado, de lo contrario podría haber sesgos.
- Debido a que originalmente la Escala DASS-21 fue creado en el extranjero y durante su traducción podría haberse cometido errores al interpretar la Encuesta, por lo cual debería de validarse esta escala en nuestro país.
- Fomentar la Actividad física no extenuante y la práctica de hobbies luego de la actividad laboral del personal de salud.
- Las autoridades en salud deben de proveer y gestionar equipos de Bioseguridad para el personal de salud, con el objetivo de brindar un buen desarrollo laboral, como también para evitar tensiones.
- Se deben realizar más estudios similares a nivel nacional para comprobar la validez de la Escala DASS-21.
- Debe realizarse una Norma de Atención Psicológica para la contención emocional para el personal de salud.
- Los trabajadores de Salud deben de coordinar para programar turnos de Trabajo convenientes para un buen desarrollo laboral.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Luis J, Apóstolo A, Luís J, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Artículo Original Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud [Internet]. 2011 [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
3. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. [citado 8 de junio de 2020]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
4. Ansiedad y Estres (Unidad 3) [Internet]. 2010 [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
5. GUÍA TÉCNICA [Internet]. [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
6. Sadock K&. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 2019. 6-8 p.
7. Ozamiz N, Dosil M, Picaza M IN. Niveles de estrés , ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cadernos de Saude Pública [revista en Internet] 2020 [acceso 09 de mayo de 2020]; 36(4): 1-10. 36(4). Disponible en: <https://blog.scielo.org/wp-content/uploads/2020/04/1678-4464-csp-36-04-e00054020.pdf>
8. Sirmes atribuye deceso de funcionario de Inlasa a «estrés extremo» por el Covid-19 | Brújula Digital [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://brujuladigital.net/sociedad/sirmes-atribuye-deceso-de-funcionario-de-inlasa-a-estres-extremo-por-el-covid-19>
9. Sedes La Paz | Facebook [Internet]. [citado 8 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.facebook.com/Sedeslp>

10. Ministerio de Salud del Perú. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. Minsa [Internet]. 2020;40. Disponible en: [https://www.unicef.org/peru/media/7751/file/Cuidado de la salud mental en el contexto del COVID-19.pdf](https://www.unicef.org/peru/media/7751/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20en%20el%20contexto%20del%20COVID-19.pdf)
11. Coordinacion de Red de Salud Corea El Alto. Distribucion de Personal de Salud Red Corea El Alto. 2020.
12. Ansiedad y depresión en el personal de salud durante la cuarentena en Bolivia [Internet]. [citado 9 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.idhbolivia.org/index.php/covid/298-ansiedad-y-depresion-en-el-personal-de-salud-durante-la-cuarentena-en-bolivia>
13. Justiniano DI. Programa de salud mental « Experiencia durante COVID – 19 en Santa Cruz - Bolivia,2020 ».
14. Lai J, Ma S, Cai Z, Hu J, Du H, Chen T, et al. Por Coronavirus 2019. 2020;3(3):1-12.
15. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-blanquet J, et al. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company public news and information . 2020;(January).
16. Robles R, Rodríguez E, Vega-ram H, Álvarez-icaza D, Durand S, Morales-chainé S, et al. Problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud involucrados en el brote de COVID-19. 2020;0(0).
17. Gabriel Rubio Valladolid. Fundamentos de Psiquiatria-Bases científicas para el manejo Clínico. Madrid; 2020. 127 p.
18. General C de S. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Secr Salud. 2011;1-67.

19. L. Sheng, M. Christopher AM. Desregulación del sistema de dopamina en la fisiopatología de la esquizofrenia y la depresión. *Physiol Behav.* 2016;176(1):100–106.
20. Mitjans M, Arias B. La genética de la Depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas Psiquiatr.* 2012;40(2):70-83.
21. Werner F, Cove R. Neurotransmisores y neuropéptidos clásicos implicados en la depresión mayor : una revisión. 2010;455-70.
22. Depresión [Internet]. [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
23. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Organización Panamericana la Salud [Internet]. 2017;1-24. Disponible:<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
24. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. *Ens 2017-2018.* 2017;21-5.
25. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacío-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica TT- Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2015;72(2):149-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
26. MINISTERIO DE SALUD IDENTIFICA SEIS SÍNTOMAS PARA RECONOCER LA DEPRESIÓN [Internet]. [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/1711-ministerio-de-salud->

identifica-seis-sintomas-para-reconocer-la-depresion

27. Black DW. Texto introductorio de psiquiatría. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 1689-1699 p.
28. Amaral G, Bushee J, Cordani UG, KAWASHITA K, Reynolds JH, ALMEIDA FFMDE, et al. Fundamentos de Medicina -Psiquiatria [Internet]. Vol. 369, Journal of Petrology. 2013. 1689-1699 p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003><https://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005><http://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005>
29. Puga-olguín A, Fernández-demeneghi R, Flores-aguilar LÁ. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: una visión multidisciplinaria. 2020;(July):35.
30. Salud M de, - SEDES La Paz, - Sociedad Boliviana de Infectología, - OPS Bolivia, - Revisión aportes y validación. Guía Para El Manejo Del. Guia para el manejo del covid 2020 [Internet]. 2020;3:44. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones>.<http://urgentools.es/Archivos/GuiaToxicologiaActualizadas2009.pdf><http://ingenieriaelectricaexplicada.blogspot.com.co/2009/11/transformadores-secos.html>
31. Secretaria de Estado de Sanidad. INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA. 2020
32. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):327-34.
33. Salud GR De. Protocolo De Manejo Clínico Y Farmacológico En Atención Primaria De Pacientes Con Infección (O Sospecha De Infección).

2020;1-

34. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Informe Técnico coronavirus covid 19. Portalfarma [Internet]. 2020;1-37. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>
35. Ministerio de Salud EP de B. Protocolo Para El Diagnostico_Opt.Pdf. 2020.
36. Guardia CDE. tratamiento covid 19 - PubMed - NCBI. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?Db=pubmed&term=covid19+treatment>
37. Guía técnica salud mental covid-19. 2020;1-44. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
38. SEDES La Paz [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/blog-node/salud-mental-en-el-personal-de-salud>
39. «El estrés y el miedo nos invaden» - La Razón | Noticias de Bolivia y el Mundo [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.la-razon.com/extra/2020/04/17/el-estres-y-el-miedo-nos-invaden/>
40. Aplicación de la Escala DASS-21 para valorar ansiedad, depresión y estrés en los profesionales de salud del Hospital de especialidades Eugenio Espejo en los meses de julio y Agosto 2016. Bolívar Montenegro y Sebastián Yumiseva Marín.
41. Antony MM, Cox BJ, Enns MW, Bieling PJ, Swinson RP. Propiedades Psicométricas de 42 ítems y versión de 21 ítems de la Escala de

Depresión, Ansiedad y Estrés. Evaluación Psicológica. 1998;10(2):176-81.

42. Mella FR, Vinet E V., Muñoz AMA. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. Rev Argentina Clin Psicol. 2014;23(2):179-90.
43. Diener, Emmons, Larsen, Griffin. Compendio de Instrumentos de Medición 2014;(December):231.

XIII ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Investigador: Dr. Sergio Ramiro Cruz Condori

Usted ha sido Invitado (da) a participar en la Investigación: Ansiedad, Depresión y Estrés en Personal de Primer Nivel de Atención de Salud de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia COVID-19

Antes de decidir participar de esta Investigación le voy a dar a conocer la Descripción, el Objetivo, el Beneficio ,el Procedimiento y finalmente las Aclaraciones de la presente Investigación, de esta manera usted comprenda cada uno de los siguientes apartados, al mismo se le conoce como Consentimiento Informado, siéntase en la Libertad de preguntar y consultar cualquier inquietud que tenga sobre el tema, no dude en escribirme al correo: sergiocruz.resid2018@gmail.com

1.-Descripción del Estudio

La Depresión, Ansiedad y Estrés son trastornos comunes por distintos factores biopsicosociales que intervienen en la calidad de vida, ámbito social, familiar, laboral, etc., en la sociedad, por lo que con este estudio se quiere determinar la presencia de estos trastornos a nivel del personal de salud. Actualmente el personal de Salud se encuentra en 1ra Línea frente a la Pandemia del COVID-19 ,por lo que los profesionales en Salud no están exentos de sufrir enfermedades relacionadas a su Salud Mental, los cuales trabajan entre la vida y la muerte, los mismos tienen contacto directo con el usuario y sus enfermedades, como también debido a la falta de Insumos de Bioseguridad que no se les otorga de forma oportuna , continua y adecuada, los cuales acrecientan el riesgo de algún trastorno de sus estados afectivos emocionales.

2.-Objetivo del Estudio

Conocer la frecuencia de Ansiedad, Depresión y Estrés en personal de primer Nivel de atención de Salud de la Red Corea de El Alto, durante la Contingencia COVID durante la gestión 2020.

3.- Beneficio del Estudio

Este estudio buscara incrementar la Información sobre las alteraciones a nivel de la Salud Mental del personal de Salud a las que se ven expuestos durante la pandemia del COVID-19.

4.- Procedimiento del Estudio

Esta encuesta está diseñada en el Formulario Google para el personal de salud, en el cual se solicitan Datos Sociodemográficos, como también se aplica un Instrumento como es la Escala DASS-21 el cual se encuentra compuesto por 21 Ítems que tienen la función de Evaluar la Ansiedad, Depresión y Estrés en un determinado tiempo. La Encuesta llegará al personal de Salud accederá mediante un Link que enviará el Investigador a cada personal de Salud a la aplicación mencionada. Se coordinó con cada Director(a) de cada Establecimiento de Salud para que el personal pueda Participar de la Investigación, como también se obtuvo la Correspondiente Autorización Escrita de la Coordinación de la Red de Salud “Corea” de la ciudad de El Alto para poder realizar la Encuesta vía WEB. Una vez que el personal de Salud haya terminado de llenar la Encuesta se le enviará un mensaje de confirmación.

5.- Aclaraciones

- La participación es completamente voluntaria y es ANÓNIMA (No se solicita en la Encuesta el nombre, ni apellidos del personal de Salud).
- No habrá ninguna consecuencia en caso de que usted no participe de la investigación el personal de salud.

- No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recoja en este Trabajo Investigación se mantendrá confidencial.
- La información que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino sólo el Investigador tendrá acceso a verla.
- Los Resultados del Estudio de la Investigación se harán conocer de forma personal, como también se enviará a la Dirección de los Establecimientos de Salud, como también a la Coordinación de la Red de Salud Corea El Alto.

Anexo 2

Encuesta a profesionales en formato Google Form (Formularios Google)

Disponible en: <https://forms.gle/dqK>

Consiento participar de la Investigación

SI NO

Por favor anote su Número de Carnet de Identidad

.....

1.- ¿A qué Establecimiento de Salud Pertenece?

- C.S.M.I. Villa Abaroa
- C.S. Nuevos Horizontes
- C.S. Santiago II
- C.S. Copacabana
- C.S. San Juan Kenko
- C.S. Asunción San Pedro
- C.S.6 de Junio
- C.S. Urbanización Kenko
- C.S.M.I. Villa Adela
- C.S.M.I.1ro de Mayo
- C.S. Cosmos 79
- C.S. Calama
- C.S. Luis Espinal
- C.S. 3 de Mayo
- C.S. Charapaqui
- C.S. Romero Pampa
- C.S. San Martín
- C.S. Alto Chijini
- C.S. Chijini Chico
- C.S. Prefectural

2.- Seleccione su Sexo

Mujer Hombre

3.- ¿Cuántos años tiene

4.-Su Estado Civil

Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado

5.- ¿Cuál es su profesión?

Auxiliar de Enfermería Licenciada(do) en Enfermería
Odontólogo (ga) Médico

6.- Área o Servicio de Trabajo

Clínica Clínica, Parto y/o Puerperio TRIAGE

7.- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado de algún SÍNDROME DE TRASTORNO MENTAL?

Ansiedad Depresión Estrés Ninguno

8.- ¿Toma usted algún tipo de medicamento antidepresivo o ansiolítico?

SI NO

9.- ¿Padece de alguna Enfermedad Crónica?

SI NO

¿En caso de padecerla cuál es?

.....

10. ¿Al momento se encuentra embarazada?

SI NO

ESCALA DASS-21

1.- Me costó mucho relajarme

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

2.- Me di cuenta que tenía la boca seca.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

3.- No podía sentir ningún sentimiento positivo.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

4.- Se me hizo difícil respirar.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

7. Sentí que mis manos temblaban.

0 No me aplicó-NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON
FRECUENCIA

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

8. Sentí que tenía muchos nervios.

0 No me aplicó-NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON
FRECUENCIA

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.

0 No me aplicó-NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON
FRECUENCIA

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

10. Sentí que no tenía nada por que vivir.

0 No me aplicó-NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON
FRECUENCIA

3 me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

11. Noté que me agitaba.

0 No me aplicó-NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON
FRECUENCIA

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

12. Se me hizo difícil terminar las cosas.
- 0 No me aplicó-NUNCA
 - 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
 - 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
 - 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE
13. Me sentí triste y deprimido.
- 0 No me aplicó-NUNCA
 - 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
 - 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
 - 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.
- 0 No me aplicó-NUNCA
 - 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
 - 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
 - 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE
15. Sentí que estaba al punto de pánico.
- 0 No me aplicó-NUNCA
 - 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
 - 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
 - 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE
16. No me pude entusiasmar con nada.
- 0 No me aplicó-NUNCA
 - 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
 - 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
 - 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE
17. Sentí que valía muy poco como persona.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

18. Sentí que estaba muy irritable.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

20. Tuve miedo sin razón.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.

- 0 No me aplicó-NUNCA
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo-A VECES
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo-CON FRECUENCIA
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo-CASI SIEMPRE

Anexo 3

Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tiempo máximo para contestar de 15 minutos.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

| 1. | Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----|---|---|---|---|---|
| 2. | Me di cuenta que tenía la boca seca. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | No podía sentir ningún sentimiento positivo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Se me hizo difícil respirar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Sentí que mis manos temblaban. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Sentí que tenía muchos nervios. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Sentí que no tenía nada por que vivir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Noté que me agitaba. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Se me hizo difícil terminar las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Me sentí triste y deprimido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Sentí que estaba al punto de pánico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | No me pude entusiasmar por nada. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 17. | Sentí que valía muy poco como persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Sentí que estaba muy irritable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Tuve miedo sin razón. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Sentí que la vida no tenía ningún sentido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Nombre del Instrumento y Autor: Escala de Depresión, Ansiedad y estrés. DASS-21 (Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés). Peter Lovinbond y Sídney Harold Lovibond.

El DASS-21 cuenta con 2 versiones validadas en español, en población latina adulta de Estados Unidos(Daza y cols.,2002) y en estudiantes universitarios en España(Bados y Cols.,2005).(42)

Constructos: Depresión, Ansiedad y Estrés.(43)

Descripción de los Constructos:

La **Ansiedad** es una respuesta emocional que varía según el estímulo que la produzca y viene acompañado de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, el cual se encuentra también acompañado de preocupaciones excesivas, y se convierte en patológico cuando se altera el comportamiento del individuo, como resultado el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones lo que deriva en el trastorno de su vida diaria.(4)

La **Depresión** es la pérdida de interesarse y el de disfrutar de las cosas, una baja de su vitalidad el cual lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, cuando la depresión empeora tiene grandes dificultades para continuar sus actividades personales, familiares, laborales y sociales(5).

El **Estrés** se entiende que es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que el organismo sufre debido a las fuertes demandas a que el ser humano es sometido, el cual pasa por 3 etapas, los cuales son: Alarma,

Resistencia y agotamiento, además la persona presenta síntomas de ansiedad tales como la aprehensión, preocupación, tensión y el temor por el futuro.(3)

La Escala DASS-21 es un instrumento compuesto por 3 subescalas de 7 parámetros que son contestadas en formato tipo Likert que contiene 21 ítems, que evalúan Depresión (ítems 3,5,10,13,16,17 y 21), siete que evalúan Ansiedad (ítems 2,4,7,9,15,19 y 20) y siete que evalúan 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.

La subescala de Depresión evalúa la falta de sentimientos placenteros de la vida, de ánimo, que ha sido ocasionada por la falta de interés en las actividades en las que desempeña o por la desvalorización de sí mismo y de su propia vida. La subescala Ansiedad evalúa situaciones de tensión y agitación fisiológica, ansiedad situacional(40), (41)

La escala Estrés evalúa dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y ser fácilmente alterado/agitado, irritable/sobre reactivo e impaciencia.

INTERPRETACION: 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. A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología(41)

Puntos de corte:

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.

Anexo 4

Solicitud de Autorización a la Coordinación de la Red Corea El Alto para realizar la Encuesta al personal de salud

La Paz, agosto 31 de 2020
U.P.G. CITE N°0625/2020

RECIBIDO 02 SEP 2020

Señor
Dr. Edgar Aranda Arce
**COORDINADOR RED DE SALUD
COREA – EL ALTO**
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la **Maestría en Salud Pública mención Epidemiología** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: **“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS RELACIONADO CON EL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD DE 1er NIVEL DE LA RED DE SALUD “COREA” DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE LA GESTIÓN 2020”**

Tema que es investigado por el cursante legalmente habilitado:

Dr. Sergio Ramiro Cruz Condori

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar al investigador autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Dra. M.Sc. Patricia Philco Lima
**COORDINADORA ACADÉMICA
UNIDAD DE POSGRADO**



Anexo 5

Otorgación de Autorización de la Coordinación de la Red Corea El Alto para realizar la Encuesta al personal de salud

El Alto 11 de Septiembre de 2020

Sr.

Dr. Sergio Ramiro Cruz Condori
Medico C.S. Nuevos Horizontes

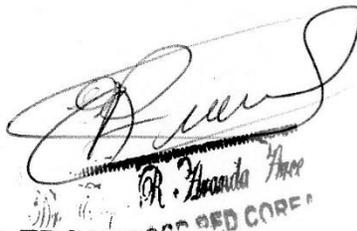
Presente.-

Ref.- **AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTA EN LA RED DE SALUD
"COREA" DE LA CIUDAD DE EL ALTO**

Estimado Colega:

Mediante la presente se le otorga la respectiva AUTORIZACIÓN para que pueda desarrollar su Encuesta en los Establecimientos de Salud de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto y de esta manera pueda recolectar Información necesaria para que pueda ejecutar el Trabajo de Investigación referido, el cual Titula: ***Ansiedad, Depresión y Estrés en el personal de Salud de los Establecimientos de Salud de 1er Nivel de la Red de Salud" Corea" de la Ciudad de El Alto***, una vez Revisada y Analizada su Carta de Solicitud que envió en fecha 02/09/202 a la Coordinación de la Red ,en donde hizo conocer la Descripción , el Objetivo, el Beneficio, el Procedimiento y las Aclaraciones de su Estudio de Investigación.

Sin otro particular le saludamos atentamente.



Dr. EDGAR ARANDA ARCE
COORDINADOR RED DE SALUD "COREA" EL ALTO

