

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Escuela de Posgrado**

**DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE  
SALUD MENTAL POST - COVID-19 EN PERSONAL  
DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO  
DEL SUR DEL PERÚ, 2023**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Mtro. MADELEJNI HELEN MARIACA MAMANI**

**Para optar el Grado Académico de:**

**DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA**

**TACNA – PERÚ**

**2025**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Escuela de Posgrado**

**DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE SALUD  
MENTAL POST – COVID-19, EN PERSONAL DE  
SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO  
DEL SUR DEL PERÚ, 2023**

Tesis sustentada y aprobada el 09 de enero del 2025; estando el jurado calificador integrado por:


PRESIDENTE : .....

  
Dr. Eduardo López Villanueva

SECRETARIO : .....

  
Dr. Vicente Freddy Chambilla Quispe

MIEMBRO : .....

  
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESORA : .....

  
Dra. Rina María Álvarez Becerra

### CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Rina María Álvarez Becerra, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Escuela de Posgrado N° 12399-2023-ESPG/UNJBG, del 24 de marzo del 2023, del trabajo de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL POST- COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DEL PERÚ, 2023", presentado por la Srta. MADELEYNI HELEN MARIACA MAMANI, para optar el Grado Académico de DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo con el nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado a solicitud de la interesada con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Doctor en Epidemiología

Tacna, 28 enero de 2025

FIRMA ASESOR  
Nombres y apellidos



.....  
Dra. Rina María Álvarez Becerra  
DNI N° 00425041



FIRMA TESISTA  
Nombres y apellidos



.....  
Srta. Madeleyni Helen Mariaca Mamani  
DNI N° 41458185



## **DEDICATORIA**

A mi familia, en especial a mi madre por ser siempre mi lumbrera en los momentos más difíciles y trascendentales de mi vida y a mi padre en el cielo por seguir acompañándome con su amor infinito.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme lograr cada día mis anhelos y aspiraciones.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
RESUMO .....	.xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos .....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	8
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	9
1.5. OBJETIVOS .....	9
1.5.1. Objetivo General .....	9
1.5.2. Objetivo Específicos.....	9
1.5. HIPÓTESIS .....	10
1.5.1. Hipótesis general .....	10
1.5.2. Hipótesis específicas .....	10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....	11
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.2.1 Salud.....	25
2.2.2 Salud mental .....	25

2.2.3 Depresión.....	26
2.2.4. Epidemiología de la depresión .....	26
2.2.5. Presentación clínica .....	27
2.2.6. Clasificación de los síndromes depresivos.....	29
2.2.7. Trastorno depresivo mayor .....	29
2.2.8. Criterios diagnósticos .....	29
2.2.9. Características diagnósticas .....	31
2.2.10. Ansiedad .....	35
2.2.11. Epidemiología .....	35
2.2.12. Trastorno de ansiedad generalizada .....	38
2.2.13. Características diagnósticas .....	39
2.2.14. Trastorno de estrés postraumático.....	40
2.2.15. Fases del estrés.....	40
2.2.16 Trastorno de estrés postraumático.....	41
2.2.17. Diagnóstico del trastorno de estrés postraumático .....	43
2.2.18. Cuadro clínico .....	45
2.2.19. Problemas en los trabajadores de la salud .....	45
CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO .....	50
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO .....	53
4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	53
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	53
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	54
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	59
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	62
DISCUSIÓN .....	86

CONCLUSIONES .....	90
RECOMENDACIONES .....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	98
ANEXOS .....	111

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas del personal de salud,2023.....	62
Tabla 2. Participantes según grupo ocupacional, condición laboral y tiempo de trabajo .....	64
Tabla 3.Participantes según área de trabajo, atención de pacientes COVID-19 y disponibilidad de equipos de protección personal .....	66
Tabla 4.Personal de salud según diagnóstico COVID-19, síntomas persistentes, comorbilidad, gravedad autopercebida y familiares contagiados,2023 .	69
Tabla 5. Personal de salud según nivel de ansiedad,2023 .....	71
Tabla 6. Personal de salud según nivel de depresión, 2023 .....	72
Tabla 7. Participantes según nivel de estrés postraumático, 2023 .....	73
Tabla 8. Personal de salud según trastornos de la salud mental post-COVID-19, 2023 .....	74
Tabla 9.Regresión logística.....	75
Tabla 10. Regresión logística.....	78
Tabla 11. Regresión logística.....	81
Tabla 12. Regresión logística.....	83

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fundamentos filosóficos: perspectiva integradora .....	51
Figura 2. Características sociodemográficas del personal de salud, 2023 .....	62
Figura 3. Personal de salud según área de trabajo, atención de pacientes COVID-19 y disponibilidad de equipos de protección personal, 2023 ...	68
Figura 4. Personal de salud según nivel de ansiedad, 2023 .....	71
Figura 5. Personal de salud según nivel de depresión, 2023 .....	72
Figura 6. Participantes según nivel de estrés postraumático, 2023 .....	73
Figura 7. Personal de salud según trastornos de la salud mental pos-COVID- 19, 2023 .....	74

## RESUMEN

El estudio coadyuva el logro del ODS 3, que aboga por garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos, identificando factores asociados a los trastornos de salud mental. Objetivo: Determinar los factores asociados a los trastornos de salud mental post COVID-19 en personal de salud de un hospital público de Moquegua, Perú, en 2023. Metodología: Se utilizó un diseño no experimental, transversal y analítico. La población incluyó a 364 trabajadores de salud, ajustándose la muestra final a 99 participantes tras pérdidas. Se emplearon cuestionarios validados: Escala de ansiedad Generalizada (GAD-7), Cuestionario de salud de paciente-9 (PHQ-9) y la Escala de impacto de evento revisada (EIE-R), junto con instrumentos para recopilar información sociodemográfica, condiciones laborales y experiencia relacionada con COVID-19. Los datos se procesaron en Excel y se analizaron mediante regresión logística en SPSS. Resultados: Los trastornos de salud mental se asociaron significativamente en el caso de la depresión con el tiempo de trabajo de 16 a más años ( $\text{Exp(B)} = 12,369$ ,  $p = 0,048$ ) y la pérdida de familiares por COVID-19 ( $\text{Exp(B)} = 4,466$ ,  $p = 0,049$ ). La ansiedad se relacionó con el área de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos ( $\text{Exp(B)} = 6,062$ ,  $p = 0,026$ ), mientras que la presencia de comorbilidades mostró una asociación inversa ( $\text{Exp(B)} = 0,225$ ,  $p = 0,022$ ). El estrés postraumático se vinculó al área de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos ( $B = 1,960$ ,  $p = 0,036$ ,  $\text{Exp(B)} = 7,103$ ) y al tiempo de trabajo de 16 a más años (4) ( $B = 2,606$ ,  $p = 0,043$ ,  $\text{Exp(B)} = 13,544$ ). Conclusión: Factores laborales y personales influyeron significativamente en los trastornos de salud mental post-COVID-19, subrayando la necesidad de intervenciones focalizadas en el personal de salud.

Palabras clave: Salud mental, COVID-19, trabajadores de salud, trastorno de estrés postraumático

## ABSTRACT

The study contributes to the achievement of SDG 3, which calls for ensuring healthy lives and promoting well-being for all, by identifying factors associated with mental health disorders. Objective: To determine the factors associated with mental health disorders post COVID-19 in health personnel of a public hospital in Moquegua, Peru, in 2023. Methodology: A non-experimental, cross-sectional, analytical design was used. The population included 364 health workers, with the final sample adjusted to 99 participants after losses. Validated questionnaires were used: Generalized Anxiety Scale (GAD-7), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Revised Event Impact Scale (EIE-R), along with instruments to collect sociodemographic information, working conditions, and experience related to COVID-19. Data was processed in Excel and analyzed by logistic regression in SPSS. Results: Mental health disorders were significantly associated in the case of depression with working time of 16 or more years ( $\text{Exp}(B) = 12.369$ ,  $p = 0.048$ ) and the loss of family members due to COVID-19 ( $\text{Exp}(B) = 4.466$ ,  $p = 0.049$ ). Anxiety was related to the work area in the Intensive Care Unit ( $\text{Exp}(B) = 6.062$ ,  $p = 0.026$ ), while the presence of comorbidities showed an inverse association ( $\text{Exp}(B) = 0.225$ ,  $p = 0.022$ ). Post-traumatic stress was linked to the work area in the Intensive Care Unit ( $B = 1.960$ ,  $p = 0.036$ ,  $\text{Exp}(B) = 7.103$ ) and to the time of work from 16 years or more (4) ( $B = 2.606$ ,  $p = 0.043$ ,  $\text{Exp}(B) = 13.544$ ). Conclusion: Work and personal factors significantly influenced post-COVID-19 mental health disorders, underlining the need for targeted interventions in healthcare personnel.

Key words: mental health, COVID-19, health care workers, post-traumatic stress disorder.

## RESUMO

O estudo contribui para a realização do ODS 3, que exige a garantia de vidas saudáveis e a promoção do bem-estar para todos, identificando fatores associados aos transtornos de saúde mental. Objetivo: Determinar os fatores associados aos transtornos de saúde mental pós COVID-19 no pessoal de saúde de um hospital público em Moquegua, Peru, em 2023. Metodologia: Foi utilizado um desenho não experimental, transversal e analítico. A população incluiu 364 profissionais de saúde, ajustando a amostra final para 99 participantes após perdas. Utilizaram-se questionários validados: Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7), Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) e Escala de Impacto de Eventos Revisada (EIE-R), juntamente com instrumentos para recolher informações sociodemográficas, condições de trabalho e experiência relacionada com a COVID-19. Os dados foram processados em Excel e analisados por regressão logística em SPSS. Resultados: Os transtornos de saúde mental foram significativamente associados, no caso da depressão, ao tempo de trabalho igual ou superior a 16 anos ( $\text{Exp(B)} = 12,369$ ,  $p = 0,048$ ) e à perda de familiares por COVID-19 ( $\text{Exp(B)} = 4,466$ ,  $p = 0,049$ ). A ansiedade foi relacionada à área de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva ( $\text{Exp(B)} = 6,062$ ,  $p = 0,026$ ), enquanto a presença de comorbidades apresentou associação inversa ( $\text{Exp(B)} = 0,225$ ,  $p = 0,022$ ). O estresse pós-traumático esteve vinculado à área de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva ( $B = 1,960$ ,  $p = 0,036$ ,  $\text{Exp(B)} = 7,103$ ) e ao tempo de trabalho a partir de 16 anos ou mais (4) ( $B = 2,606$ ,  $p = 0,043$ ,  $\text{Exp(B)} = 13,544$ ). Conclusão: Os factores profissionais e pessoais influenciaram significativamente as perturbações de saúde mental pós-COVID-19, sublinhando a necessidade de intervenções específicas para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental, COVID-19, profissionais de saúde, perturbação de stress pós-traumático.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental constituye un pilar esencial para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, que promueve garantizar una vida saludable y el bienestar integral para todos. A nivel global, los trastornos de salud mental han aumentado considerablemente tras la pandemia de COVID-19, afectando a la población en general y en muchos casos en mayor medida al personal de salud. Estudios recientes reportan que la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se han incrementado debido a factores como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y la exposición constante a eventos traumáticos durante la emergencia sanitaria.(1) Este panorama resalta la necesidad de investigaciones enfocadas en comprender las particularidades de estos trastornos en diferentes contextos y poblaciones

En el Perú, la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental (2), establece un marco normativo para garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental, subrayando la importancia de proteger a los trabajadores de la salud, quienes enfrentan condiciones laborales adversas. La pandemia ha exacerbado problemas estructurales existentes, como la insuficiencia de recursos y el limitado acceso a soporte psicológico. En regiones como Moquegua, la situación es problemática debido a las exigencias laborales en los hospitales y las escasas estrategias focalizadas para atender el bienestar mental de sus trabajadores.

La motivación para desarrollar el presente estudio surgió de la observancia de la identificación frecuente de casos de trastornos de salud mental en el personal de salud en la etapa pospandémica COVID-19 en el personal de salud de un hospital público en Moquegua, una región que, por sus características demográficas y sanitarias, ofrece un caso relevante para explorar estas dinámicas. La importancia de esta investigación radica en generar evidencia científica que permita diseñar intervenciones eficaces, alineadas con las políticas nacionales y los compromisos internacionales en salud. Este estudio no solo aporta al conocimiento científico, sino que también establece un

precedente para el diseño de estrategias focalizadas que mejoren la salud mental del personal sanitario en Moquegua y regiones similares.

La tesis se ha estructurado en capítulos: en el Capítulo I: Planteamiento del Problema, se aborda la problemática relacionada con la salud mental en el contexto post-COVID-19, destacando la relevancia de identificar factores específicos que influyan en la aparición de estos trastornos en el personal de salud. Se formulan los objetivos y las preguntas de investigación, así como la hipótesis de trabajo que orienta el estudio.

El Capítulo II: Marco Teórico proporciona el sustento teórico necesario, presentando conceptos y antecedentes sobre salud mental, impacto de la pandemia en el personal sanitario y estudios previos que abordan la relación entre factores de riesgo y trastornos mentales en contextos similares. Esta base teórica permite situar la investigación en un contexto más amplio y fundamenta la relevancia de los objetivos planteados.

En el Capítulo III: Metodología de la Investigación, se describen el diseño metodológico y las técnicas de recolección de datos empleadas. Se optó por un enfoque cuantitativo y descriptivo-correlacional, utilizando cuestionarios y escalas de medición para evaluar el nivel de trastornos mentales y los factores de riesgo entre los participantes, así como métodos estadísticos para el análisis de los datos.

El Capítulo IV se fundamenta el marco filosófico que subyace el tema de esta tesis doctoral. Asimismo, en el Capítulo V: Resultados de la Investigación presenta los hallazgos obtenidos a través del análisis de los datos recopilados. Aquí se describen las prevalencias de depresión, ansiedad y estrés postraumático en el personal de salud, y se identifican los factores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con estos trastornos.

Finalmente, se realiza la discusión y se presentan las conclusiones y recomendaciones, se destacan las conclusiones derivadas de los resultados, subrayando los factores de riesgo más relevantes. Se ofrecen recomendaciones específicas para el diseño de estrategias preventivas y de apoyo en el ámbito

hospitalario, dirigidas principalmente a los directivos y al personal de salud, con el objetivo de mitigar el impacto de estos trastornos en futuras crisis sanitarias.

Este estudio constituye un aporte valioso para futuras investigaciones, al identificar factores de riesgo específicos y al destacar la necesidad de atención prioritaria a la salud mental del personal sanitario. Los hallazgos pueden servir como base para investigaciones posteriores que profundicen en intervenciones efectivas y políticas de salud pública que promuevan entornos laborales más seguros y saludables.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La salud mental del personal de salud se ha convertido en un tema prioritario a nivel global, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, debido a su impacto en la capacidad de respuesta y calidad de atención en los sistemas sanitarios. La importancia de este problema se alinea directamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 de las Naciones Unidas (3), que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a lo largo de toda la vida. El personal sanitario es un pilar fundamental para lograr la meta de cobertura sanitaria universal, pero la presión ejercida por la pandemia ha revelado deficiencias en la atención a su bienestar psicosocial. La falta de intervención y apoyo oportuno puede resultar en un detrimento de su capacidad para responder a futuras emergencias, afectando directamente el logro de este objetivo global. En tal sentido, la salud mental del personal sanitario ha cobrado relevancia global, especialmente durante y después de la pandemia de COVID-19, constituyendo un desafío prioritario en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El ODS 3 busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos, reconociendo que la estabilidad psicológica y emocional del personal de salud es esencial para alcanzar este objetivo.

La pandemia de COVID-19 ha tenido repercusiones profundas y prolongadas en la salud mental de poblaciones de diversas regiones del mundo. La evidencia científica acumulada revela incrementos significativos en la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés postraumático y otros trastornos psicológicos, afectando de manera particular a los trabajadores de la salud y poblaciones vulnerables. (4–6) Estos efectos no se limitaron al periodo de

emergencia sanitaria, sino que persisten en la etapa postpandemia, intensificando la necesidad de estrategias globales de intervención.(7,8)

En Asia, la etapa post-COVID-19 ha evidenciado una persistencia significativa de síntomas psicológicos. En China, un estudio longitudinal reportó que el 19,5 % de los trabajadores de salud presentaron trastornos del sueño y el 7,7 % angustia psicósomática severa hasta un año después del inicio de la pandemia (9). Otro estudio encontró que el 14,4 % de la población general continuó experimentando ansiedad postpandemia, vinculada con el duelo por familiares fallecidos y el impacto económico (10) . En Tailandia, el 26,5 % de los participantes reportó ansiedad leve y el 6,4 % niveles altos de estrés, destacando una correlación directa con la pérdida de empleo durante la crisis sanitaria. (7) En Irán de Medio Oriente, las consecuencias después de la pandemia han sido similares, ya que por ejemplo, se reportó que en residentes médicos de Tehran se presentó una prevalencia del 34,3 % de ideación suicida, incluso tras la disminución de los contagios, asociada con sentimientos prolongados de responsabilidad moral y agotamiento profesional.(6)

En países europeos, también el personal de salud ha sido afectado, ya que en Francia, el 18 % de los médicos hospitalarios reportó síntomas consistentes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) dos años después del inicio de la pandemia.(8) En Bélgica, el 40,5 % de las enfermeras y el 25,2 % de los médicos continuaron experimentando ansiedad en la etapa post COVID-19, asociada con la acumulación de trabajo no realizado y la falta de reconocimiento profesional durante la crisis(11) Además, el insomnio persistió en el 38,9 % de los trabajadores de salud en el Reino Unido, lo que refleja el impacto acumulativo de la pandemia en la calidad de vida del personal sanitario.(12) En España también el personal de salud de enfermería (191;40,5 %) y médicos (191;25,2 %) presentaron ansiedad después de la etapa pandémica. (18) De igual forma en Sudáfrica, el 45,9 % de los trabajadores de salud reportó ansiedad y el 39 % depresión, incluso después del periodo crítico de la pandemia. (13)

Un panorama similar, se reportó en América del Norte, sobre cómo los trastornos de salud mental post-COVID-19 han afectado gravemente al personal de salud. En Estados Unidos, el 19,9 % de los trabajadores reportaron lesiones morales persistentes y el 15,2 % síntomas severos de ansiedad y depresión, asociados con la percepción de haber fallado en salvar vidas durante la pandemia.(4) También, en Canadá, la falta de acceso adecuado a equipos de protección personal durante la crisis dejó un impacto psicológico duradero en el 41,5 % de los trabajadores expuestos. (5)

De otra parte, en países latinos también la pandemia de COVID-19 ha generado un impacto significativo en la salud mental de las poblaciones lo que ha agravado desigualdades preexistentes y visibilizado limitaciones en los sistemas de salud pública (14,15) Diversos estudios realizados en la región reflejan diferentes niveles de ansiedad, depresión, estrés y otros trastornos psicológicos en diferentes grupos poblacionales, especialmente en el personal de la salud y poblaciones vulnerables. (16,17)

En Ecuador, en una muestra de 162 personas se halló un aumento de los niveles de depresión y ansiedad durante y después del confinamiento con síntomas de depresión (31,4 %). (14) En Colombia también los trabajadores de salud presentaron síntomas depresivos dos años después del inicio de la pandemia (597; 12,4 %) especialmente las mujeres y el personal de salud adulto joven .(90) En Guatemala, también se reportó en personal de salud, síntomas de depresión moderada a severa (23 %) y malestar psicológico (59,1 %).(17). En un meta análisis multicéntrico en seis países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú) se evidenció que el 40,1 % de los trabajadores de la salud presentó ansiedad y el 62,2 % depresión durante el segundo año de la pandemia.(16)

En Perú, la realidad es similar. En Piura, en una muestra de personal de salud de 136 el 8,8 % tenía síntomas de depresión.(19) .En Lima, un estudio en Chorrillos halló que el 26 % de los trabajadores de un centro de salud de atención

primaria presentó TEPT, asociado con la exposición directa a eventos traumáticos y largas jornadas laborales.(20). En Moquegua, que es el lugar de estudio, se encontró resultados sobre la salud mental en la población general (31,4 % con síntomas leves de depresión y un 6,4 % con elevado nivel de estrés).(21)

Entre los posibles factores implicados en el desarrollo de trastornos de salud mental, se han informado a nivel individual, como las pérdidas personales de muerte de familiares y amigos.(6,14,19,20). También el aislamiento social, escaso acceso a redes de apoyo social podrían haber exacerbado las afectaciones del bienestar emocional. (17,21) También se han reportado aspectos vinculados con el trabajo, como la exposición directa a eventos traumáticos, jornadas laborales extensas y el deterioro mental en trabajadores de la salud.(8,20). La insuficiencia de equipos de protección personal (EPP) durante la pandemia incrementó el estrés y la percepción de vulnerabilidad, intensificando los riesgos psicológicos, especialmente en el personal de primera línea. (5,7)

En base a la situación problemática expuesta y teniendo en cuenta que la evolución de los trastornos de la salud mental tras la pandemia COVID-19, puede presentar variaciones en la magnitud y factores implicados, se plantearon las siguientes interrogantes:

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

**Pregunta PICO:** En el personal de salud de un hospital público del sur del Perú, ¿qué factores están asociados al desarrollo de trastornos de salud mental pos-COVID-19 en comparación con aquellos que no presentan estos trastornos?

### 1.2.2. Problemas específicos

- a) **Pregunta PICO:** En el personal de salud de un hospital público del sur del Perú, ¿Qué factores están asociados al desarrollo de depresión post-COVID-19 en comparación con quienes no la presentan?
- b) **Pregunta PICO:** En el personal de salud de un hospital público del sur del Perú, ¿Qué factores están asociados al desarrollo de ansiedad post-COVID-19 en comparación con quienes no la presentan?
- c) **Pregunta PICO:** En el personal de salud de un hospital público del sur del Perú, ¿Qué factores están asociados al desarrollo de trastorno de estrés postraumático post-COVID-19 en comparación con quienes no lo presentan?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

#### – Justificación

El personal de salud ha enfrentado factores de riesgo únicos durante y después de la pandemia, lo que probablemente ha generado afectación psicológica, ya que según datos nacionales hasta el 70,4 % de la población presentó síntomas de TEPT. (2) En este sentido, el presente estudio es relevante ya que disminuye una brecha de conocimiento en la región Moquegua, ya que aporta datos específicos sobre los factores asociados a los trastornos de salud mental post COVID-19 en el personal de salud de un establecimiento hospitalario público, lo que permitirá diseñar intervenciones adaptadas al contexto regional, alineadas con los principios de descentralización e inclusión promovidos por la Ley de Salud Mental. (2,22)

#### – Importancia

La presente investigación reviste importancia ya que permite identificar los factores que podrían ser características o elementos subyacentes del trastorno de salud mental en el personal de salud hospitalario en Moquegua. Asimismo, este estudio aborda un vacío en la literatura nacional de una región específica del sur del Perú. Los hallazgos pueden orientar estrategias de

intervención adaptadas a las necesidades locales del personal de salud que labora en Moquegua lo que puede promover bienestar emocional, lo que puede favorecer al personal de salud y promover un entorno laboral más resiliente y eficiente. En consecuencia, los resultados obtenidos tienen un valor práctico para el diseño de políticas públicas y programas de apoyo psicológico del personal sanitario, en especial de la Región Moquegua del Perú.

#### **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

El alcance del estudio se centró en el personal de salud de un hospital público del sur del Perú en 2023 en la etapa posterior a la pandemia, lo que permitió obtener información específica y contextualizada a la región, que contribuyó con un entendimiento más preciso de los factores asociados a los trastornos de salud mental post-COVID-19 en esta población. Aunque es posible generalizar a contextos similares.

De otro lado, el personal de salud tiene horarios de trabajo generalmente intensos, con turnos y demandas laborales constantes, lo que limitó la coordinación y la participación en el estudio. No obstante, se logró el tamaño de la muestra requerido para un nivel de confianza pertinente para un estudio científico.

#### **1.5. OBJETIVOS**

##### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar los factores asociados a los trastornos de salud mental post COVID-19, en personal de salud de un Hospital público del sur del Perú en 2023.

##### **1.5.2. Objetivo Específicos**

- a) Determinar cuáles son los factores asociados con la depresión post COVID-19, en personal de salud de un hospital público del sur del Perú, 2023.

- b) Determinar cuáles son los factores asociados con la ansiedad post COVID-19, en personal de salud de un hospital público del sur del Perú, 2023.
- c) Determinar cuáles son los factores asociados con el trastorno de estrés postraumático post COVID-19, en personal de salud de un hospital público del sur del Perú en 2023.

## **1.5. HIPÓTESIS**

### **1.5.1. Hipótesis general**

Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar trastornos de salud mental en la población estudiada.

### **1.5.2. Hipótesis específicas**

- a. Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar depresión en la población estudiada.
- b. Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar ansiedad en la población estudiada.
- c. Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar estrés postraumático en la población estudiada.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### – Internacionales

En Teherán, Saeed et al. (6) Factores asociados con la ideación suicida entre residentes médicos en Teherán durante la pandemia de COVID-19. Metodología: Estudio transversal multicéntrico en 353 residentes médicos de diversas especialidades en Teherán, utilizando la Escala de Beck para Ideación Suicida (BSSI) y el DASS-21 para medir depresión, ansiedad y estrés. Se analizaron datos demográficos y clínicos mediante estadísticas descriptivas y regresión lineal múltiple. Resultados principales: El 34,3 % presentó ideación suicida, y un 10,2 % estaba en alto riesgo. Factores como antecedentes de intentos de suicidio (OR 2,45;  $p < 0,01$ ), mutilación previa (OR 2,83;  $p < 0,01$ ), uso de sustancias (OR 1,91;  $p < 0,05$ ) y depresión severa (OR 3,12;  $p < 0,001$ ) fueron predictores significativos. Las largas jornadas laborales y la pérdida de familiares por COVID-19 exacerbaron la ideación suicida. Conclusión: La depresión es el principal factor de riesgo para la ideación suicida en residentes médicos. Se requiere un enfoque integral que combine estrategias de para disminuir o erradicar la estigmatización, apoyo psicológico y mejoras en el entorno laboral para abordar esta problemática.

En Estados Unidos, Papa et al.(4) investigaron sobre el estrés traumático, depresión, ansiedad y lesión moral en personal de salud post COVID-19 (dos años después). Encuesta a 1,504 TS en Estados Unidos utilizando análisis de clases latentes para identificar perfiles psicológicos y sus correlatos, evaluando indicadores como moralidad, estrés y ansiedad. Resultados principales: Se identificaron tres perfiles: sin síntomas relevantes (65 %), alta lesión moral con

estrés postraumático moderado (20 %) y síntomas elevados de depresión, ansiedad y estrés (15 %). La lesión moral, asociada con fallas percibidas en el cuidado o la protección de los pacientes, destacó como un factor crítico en los niveles altos de disfunción psicosocial. Los factores como el género femenino, el estrés laboral relacionado con la pandemia, y el cuidado de un alto número de pacientes con COVID-19 influyeron significativamente en los resultados. Los trabajadores en los grupos de síntomas elevados reportaron menor apoyo social y mayor exposición a muertes relacionadas con la pandemia. Conclusión: La lesión moral desempeña un papel central en las dificultades psicosociales de los TS, subrayando la necesidad de estrategias específicas para mitigar estas secuelas y prevenir futuros impactos en la salud mental.

En New York , Kachadourian et al. (23) Qué investigó: Asociación prospectiva entre síntomas psiquiátricos relacionados con la COVID-19 y el agotamiento, las dificultades ocupacionales y relacionales en trabajadores de la salud de primera línea. Metodología: Estudio longitudinal con 787 trabajadores de salud en Nueva York, evaluados al inicio de la pandemia (abril-mayo de 2020) y siete meses después, utilizando instrumentos validados para medir síntomas de TEPT, depresión y ansiedad, así como agotamiento y dificultades funcionales. Resultados: El 25 % de los participantes presentó síntomas relacionados con TEPT, depresión o ansiedad al inicio de la pandemia, y el 40 % reportó agotamiento y dificultades laborales o relacionales. Los síntomas de depresión, especialmente fatiga, irritabilidad y expectativas negativas sobre uno mismo o el mundo, fueron predictores significativos de agotamiento (42 % de la varianza explicada). El TEPT y la ansiedad se asociaron con dificultades ocupacionales y relacionales. Conclusión: Los síntomas psiquiátricos durante la fase aguda de la pandemia son predictores clave de dificultades funcionales a largo plazo en los trabajadores de la salud, destacando la necesidad de intervenciones tempranas centradas en mitigar síntomas trans-diagnósticos.

En Canadá, AbdulHussein et al.(5) estudiaron los factores asociados al deterioro de la salud mental en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. Metodología: Estudio transversal basado en encuestas realizadas a

13 990 personal de salud en Canadá. Se aplicaron modelos de regresión para identificar asociaciones entre variables demográficas, ocupacionales y acceso a equipo de protección personal (EPP). Resultados principales: el personal de salud con edades de menos de 35 años mostró mayor probabilidad de experimentar deterioro mental (OR 1,14; IC 95 % 1,03-1,27;  $p=0,01$ ) comparado con aquellos de 35-44 años. Las mujeres (OR 0,76; IC 95 % 0,67-0,86;  $p<0,001$ ) y los inmigrantes (OR 0,57; IC 95 % 0,51-0,64;  $p<0,001$ ) fueron menos propensos a reportar problemas mentales en comparación con sus contrapartes masculinas y no inmigrantes. El riesgo de deterioro fue más alto en trabajadores en Alberta, y los trabajadores de primera línea tuvieron mayor probabilidad (OR 1,26; IC 95 % 1,16-1,38;  $p<0,001$ ) de reportar problemas mentales que aquellos en funciones no relacionadas con el COVID-19. Además, los trabajadores sin acceso a EPP, como respiradores y gafas de protección, mostraron un mayor riesgo de deterioro psicológico (OR entre 1,31 y 1,55;  $p<0,001$ ). Conclusión: Los trabajadores de primera línea enfrentaron un impacto mental significativo, exacerbado por la falta de equipos de protección personal

En Reino Unido, De Kock et al. (12) investigaron el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud y factores asociados al bienestar mental. Metodología: Revisión rápida de 24 estudios publicados entre abril y mayo de 2020, abarcando 13,731 trabajadores de la salud de diferentes países, mayoritariamente en China (18 estudios). Se evaluaron ansiedad, depresión, insomnio y otros síntomas mediante cuestionarios validados. Resultados: La prevalencia de depresión osciló entre 8,9 % y 50,4 %, y la de ansiedad entre 14,5 % y 44,6 %. El 34 % reportó problemas de sueño. Factores de riesgo incluyeron ser mujer, contacto directo con pacientes de COVID-19, miedo a la infección y falta de equipo de protección personal (EPP). Factores protectores fueron la resiliencia, el soporte social y un conocimiento adecuado sobre la enfermedad. Los resultados subrayaron la vulnerabilidad de las enfermeras frente a los médicos y la falta de estudios sobre trabajadores de cuidados sociales. Conclusión: Las enfermeras y quienes trabajan directamente con pacientes de COVID-19 son los más vulnerables a

problemas de salud mental, lo que resalta la necesidad de intervenciones personalizadas que incluyan soporte organizacional y psicológico.

En Polonia, Gawrych (24) investigó el estado de salud mental de los trabajadores médicos durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19. Metodología: Revisión de estudios publicados entre marzo y mayo de 2020, principalmente en China, que analizaron síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés en personal médico. Resultados principales: Los niveles de depresión oscilaron entre 8,9 % y 50,4 %, la ansiedad entre 14,5 % y 44,6 %, y el insomnio afectó al 34 %. Los trabajadores en contacto directo con pacientes de COVID-19 tenían mayor riesgo de problemas de salud mental. Las necesidades de apoyo psicológico variaron según la gravedad de los síntomas, destacándose la importancia del soporte educativo y el acceso a materiales psicoeducativos. Conclusión: Los trabajadores médicos enfrentaron un impacto psicológico significativo durante la pandemia, especialmente aquellos en la primera línea. Es fundamental implementar estrategias de prevención y programas de apoyo para mitigar estos efectos.

En China, Peng et al. (25) realizaron un estudio sobre la carga alostática en trabajadores médicos y no médicos durante la etapa post-COVID-19. Metodología: Estudio transversal con 3,590 participantes chinos, evaluando variables sociodemográficas, salud mental y soporte social mediante cuestionarios estandarizados. Resultados principales: No hubo diferencias significativas en la carga alostática entre trabajadores médicos (15,8 %) y no médicos (17,8 %;  $p=0,22$ ). Factores de riesgo incluyeron ansiedad (OR 1,24;  $p<0,01$ ), depresión (OR 1,23;  $p<0,01$ ) y comportamiento anómalo frente a enfermedades (OR 1,49;  $p<0,01$ ). Factores protectores fueron el soporte social subjetivo (OR 0,84;  $p<0,01$ ) y el bienestar global (OR 0,30;  $p<0,01$ ). Conclusión: La carga alostática en la etapa post-COVID-19 está relacionada con factores psicológicos y sociales, destacando el soporte social como un elemento clave para reducir los efectos negativos en la salud mental de los trabajadores.

En China Liang (9) investigó sobre factores de riesgo y protección para la salud mental de los trabajadores de la salud durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Metodología: Encuesta en línea aplicada a 622 trabajadores de la salud para evaluar el estrés percibido, cohesión familiar, soporte social, problemas de sueño y distrés psicossomático. Se emplearon análisis univariados y regresión logística para identificar factores significativos. Resultados principales: El 19,5 % reportó problemas de sueño, el 33,6 % estados emocionales negativos y el 23,6 % problemas de salud física. Además, el 7,7 % presentó distrés psicossomático severo. Factores de riesgo fueron el estrés percibido (OR 1,45;  $p < 0,001$ ) y provenir de áreas rurales (OR 1,37;  $p = 0,02$ ), mientras que factores protectores incluyeron vivir acompañado (OR 0,78;  $p = 0,01$ ) y cohesión familiar alta (OR 0,82;  $p < 0,001$ ). Los médicos reportaron mayor prevalencia de problemas emocionales y físicos comparados con las enfermeras. Conclusión: El estrés percibido influye significativamente en el bienestar mental de los trabajadores de la salud, mientras que el soporte social y la cohesión familiar actúan como protectores clave. Las intervenciones deberían enfocarse en reducir el estrés y fortalecer redes de apoyo.

En China, Chen-Yun Liu et al.(26) estudiaron la prevalencia y factores asociados con la ansiedad en TS durante el brote de COVID-19. Metodología: Estudio transversal aplicado a 512 trabajadores médicos en China. La ansiedad fue medida con la escala SAS, clasificándola en niveles normal, leve, moderado y severo. Se realizó análisis multivariable para identificar factores de riesgo. Resultados principales: El 12,5 % de los participantes presentó ansiedad, con 10,35 % en niveles leves, 1,36 % moderados y 0,78 % severos. La ansiedad fue significativamente más alta en TS que tuvieron contacto directo con pacientes COVID-19 ( $\beta = 2,33$ ; IC 95 % 0,65–4,00;  $p = 0,0068$ ) y en aquellos provenientes de Hubei ( $\beta = 3,67$ ; IC 95 % 1,44–5,89;  $p = 0,0013$ ). Los casos sospechosos de COVID-19 mostraron los niveles más altos de ansiedad ( $\beta = 4,44$ ; IC 95 % 1,55–7,33;  $p = 0,0028$ ). Otros factores como el género y la edad también influyeron en la vulnerabilidad a la ansiedad. Conclusión: Los trabajadores con exposición directa a COVID-19 y en regiones altamente afectadas fueron los más

impactados emocionalmente, resaltando la necesidad de intervenciones psicológicas específicas en escenarios de crisis sanitaria.

También en China, Yu et al. (27) Qué investigó: Cambios en el estado psicológico de individuos aislados en cuarentena centralizada durante la pandemia de COVID-19. Metodología: estudio longitudinal con 648 participantes entre agosto de 2020 y julio de 2021, evaluando depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7), estrés (*Impact of Events Scale*), resiliencia psicológica y estilos de afrontamiento antes y después de 14 días de cuarentena. Resultados principales: Al inicio de la cuarentena, el 83,2 % de los participantes no presentaba depresión, el 11 % tenía depresión leve y el 5,8 % depresión moderada a severa; al finalizar, estas cifras fueron 80,8 %, 13 % y 6,2 %, respectivamente. En cuanto a ansiedad, al inicio el 86,7 % no presentaba ansiedad, el 9,6 % tenía ansiedad leve y el 3,7 % ansiedad moderada a severa; al final, estas cifras cambiaron a 85,8 %, 11,6 % y 2,6 %, respectivamente. Se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad ( $t=2,175$ ;  $p<0,05$ ) y estrés ( $t=7,453$ ;  $p<0,01$ ), mientras que la resiliencia psicológica ( $t=-3,63$ ;  $p<0,01$ ) y los estilos de afrontamiento activos aumentaron ( $t=-3,83$ ;  $p<0,01$ ). No se registraron cambios en los niveles de depresión. La resiliencia y el soporte social fueron factores protectores clave, mientras que el estrés inicial influyó en los niveles finales de depresión y ansiedad. Conclusión: La cuarentena centralizada no empeoró significativamente la salud mental de los participantes cuando hubo soporte adecuado. Los niveles altos de resiliencia y soporte social fueron determinantes para mantener una buena salud mental durante este periodo.

En China, Cao et al.(28) realizaron un estudio para evaluar el bienestar psicológico y necesidades básicas del personal médico en la clínica de fiebre de un hospital terciario en Beijing durante el brote de COVID-19. Metodología: Evaluación cualitativa y cuantitativa con 37 trabajadores de salud (16 médicos, 19 enfermeras y 2 técnicos) mediante entrevistas semiestructuradas, el PHQ-9 y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Los participantes fueron evaluados tras un turno de 2-3 semanas. Resultados: El 29,7 % reportó problemas de sueño, y el

21,6 % presentó pérdida de apetito. Las enfermeras experimentaron más emociones negativas (52,6 %) relacionadas con la carga laboral y la separación familiar que los médicos (6,3 %). La carga laboral incluyó hasta 200 pacientes/día para enfermeras y 10 pacientes/hora para médicos, generando agotamiento físico y mental. Sin embargo, los participantes estaban satisfechos con las condiciones de alojamiento y las medidas de seguridad, aunque hubo reportes ocasionales de escasez de equipos de protección personal. La intervención psicológica mediante un servicio de línea directa ayudó a mitigar el estrés emocional. Conclusión: El bienestar psicológico del personal médico en entornos de alta demanda depende de condiciones de trabajo adecuadas, soporte emocional y una gestión eficiente de la carga laboral. Es esencial reforzar estas áreas para prevenir el agotamiento y promover la resiliencia.

En Sudáfrica, Pool et al. (29) investigaron la prevalencia y factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en trabajadores de salud durante la pandemia de COVID-19. Metodología: Estudio transversal con 416 médicos y enfermeros de centros de salud pública en Western Cape, evaluados con GAD-7, CES-D y PROQL-R-IV. Se realizaron análisis de regresión logística multivariable para identificar factores asociados. Resultados: El 39,9 % presentó depresión probable ( $CES-D \geq 10$ ) y el 45,9 % ansiedad probable ( $GAD-7 \geq 10$ ). Ser mujer incrementó el riesgo de depresión (OR 2,26; IC 95 %: 1,00–5,10). Estrategias como desconexión conductual (OR 1,50;  $p < 0,05$ ) y auto reproche (OR 1,42;  $p < 0,05$ ) aumentaron el riesgo de ambos trastornos. Los niveles altos de estrés traumático secundario y agotamiento incrementaron las probabilidades de depresión y ansiedad ( $p < 0,01$ ). Trabajar con pacientes COVID-19 incrementó la ansiedad (OR 1,13; IC 95 %: 1,02–1,25). Conclusión: Existe una alta prevalencia de problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud en Sudáfrica, lo que subraya la necesidad de intervenciones en el lugar de trabajo para reducir el impacto de factores de riesgo psicosociales.

En Italia, Rossi et al. (30) realizaron un estudio de comparación de resultados de salud mental entre trabajadores de la salud de primera y segunda línea y la población general durante la pandemia de COVID-19. Metodología:

Estudio transversal en 24,050 participantes (1,411 de primera línea, 1,295 de segunda línea, 21,342 población general) utilizando cuestionarios en línea para evaluar depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7), insomnio y síntomas postraumáticos. Resultados principales: La prevalencia de depresión fue del 28,3 % en trabajadores de primera línea, 19,9 % en segunda línea y 28,1 % en la población general. La ansiedad afectó al 20,5 %, 18,0 % y 21,2 %, respectivamente. El insomnio fue más frecuente en primera línea (9,9 %) comparado con segunda línea (6,6 %) y la población general (7,8 %). Ser trabajador de primera línea aumentó significativamente los síntomas postraumáticos (OR 2,11; IC 95 %: 1,45–3,06). Conclusión: Los trabajadores de primera línea son una población altamente vulnerable al impacto psicológico de la pandemia, lo que requiere estrategias de intervención para mitigar riesgos a largo plazo.

En Sudáfrica, Saajida (13) investigó la prevalencia y determinantes del burnout en médicos sudafricanos antes, durante y después de la pandemia de COVID-19. Metodología: Revisión narrativa de 22 estudios transversales publicados en PubMed, SCOPUS y EBSCO hasta abril de 2024. Se analizaron factores individuales y laborales asociados al burnout en médicos en instalaciones de salud sudafricanas. Resultados principales: La prevalencia de burnout pre-pandemia osciló entre 4 % y 84 %, mientras que durante y después de la pandemia aumentó a un rango de 58,9 % a 78 %. Los factores asociados incluyeron género, edad, estado civil, carga y satisfacciones laborales. La pandemia incrementó el burnout, aunque no hubo asociación directa con factores específicos de COVID-19. Conclusión: La variabilidad en las tasas de burnout refleja diferencias en las condiciones laborales y organizativas. Las intervenciones deben enfocarse en factores individuales y contextuales para mitigar el burnout en los médicos sudafricanos.

En Kasajistán, Umbetkulova et al.(31) estudiaron los cambios en la salud mental de trabajadores de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores asociados con dichas variaciones. Metodología: Revisión sistemática de 18 estudios longitudinales con seguimientos de hasta un año en ocho países,

incluyendo China, EE. UU. y Argentina. Se evaluaron ansiedad, depresión, insomnio y estrés. Resultados: varios estudios reportaron deterioro en la salud mental a lo largo del tiempo, mientras que seis mostraron mejoras. Los factores de riesgo incluyeron ser mujer, trabajar en primera línea y largas horas de trabajo. Los factores protectores incluyeron entornos laborales de apoyo, disponibilidad de recursos y acceso a equipos de protección personal. Conclusión: La salud mental de los trabajadores de salud fluctuó significativamente durante la pandemia, con variaciones atribuibles a factores laborales y de soporte. Es esencial diseñar estrategias sostenibles para la atención psicológica.

En Francia, Douplat et al. (32) investigaron los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y estrés en trabajadores de salud de servicios de emergencia durante el primer brote de COVID-19 en Francia. Metodología: Estudio prospectivo multicéntrico en 211 trabajadores de cuatro departamentos de emergencia y un servicio médico de urgencias (SAMU). Se recolectaron datos durante tres meses, con cuestionarios quincenales que evaluaron ansiedad, depresión y estrés utilizando las escalas HADS y Chamoux-Simard. Resultados principales: Los niveles medios iniciales de ansiedad disminuyeron de 7,33 a 5,05 ( $p < 0,001$ ), los de depresión de 4,16 a 3,05 ( $p = 0,009$ ) y el estrés laboral de 41,2 a 30,2 ( $p = 0,008$ ). El estrés en el hogar se redujo de 33,0 a 26,0 ( $p = 0,031$ ). Los niveles de ansiedad fueron más altos en el personal administrativo (+0,53) y más bajos en paramédicos (-0,61;  $p = 0,047$ ) en comparación con médicos. Los turnos largos aumentaron significativamente la ansiedad (0,13 por turno diurno,  $p < 0,001$ ; 0,12 por turno nocturno,  $p = 0,025$ ) y el estrés (1,6 y 1,1 por turno, respectivamente;  $p < 0,01$ ). Conclusión: A pesar de las reducciones generales en ansiedad, depresión y estrés, las reasignaciones laborales y las largas jornadas representaron factores de riesgo significativos. Se recomienda implementar estrategias personalizadas de apoyo para prevenir el malestar psicológico en el personal de emergencias.

En Francia, Rollin et al. (8) estudiaron la prevalencia de TEPT en médicos hospitalarios dos años después del inicio de la pandemia de COVID-19 y factores

asociados. Metodología: Estudio transversal multicéntrico con 307 médicos de seis hospitales franceses. El TEPT se evaluó con el PCLS (cut-off  $\geq 44$ ). Resultados: El 18 % presentó TEPT. Los factores asociados incluyeron mayor carga laboral en comparación con el periodo prepandemia (OR 4,75; IC 95 %: 1,68–13,38), falta de reconocimiento profesional (OR 2,83; IC 95 %: 1,26–6,33) y aislamiento debido al confinamiento (OR 4,2; IC 95 %: 1,97–8,95). Aunque el 30 % reportó necesidad de apoyo psicológico, solo el 31 % lo recibió. Conclusión: Los médicos hospitalarios muestran alta prevalencia de TEPT en el contexto post pandemia, lo que destaca la necesidad de diagnósticos tempranos y estrategias de apoyo psicológico.

En Ecuador, Gallardo et al. (14) investigaron los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y estrés en la población ecuatoriana durante y después del confinamiento por COVID-19. Metodología: Estudio longitudinal prospectivo con 162 participantes evaluados en dos periodos (2020 y 2021) mediante la escala DASS-21. Se incluyó un análisis comparativo para identificar predictores demográficos y de salud mental. Resultados: En 2020, las puntuaciones medianas de depresión, ansiedad y estrés fueron 6 (RIQ 2–12), 6 (RIQ 2–10) y 10 (RIQ 6–16), respectivamente. En 2021, estas puntuaciones aumentaron a 8 (RIQ 4–14), 8 (RIQ 4–14,5) y 10 (RIQ 6–18). Los niveles de ansiedad y depresión estuvieron inversamente correlacionados con la edad, número de hijos y salud mental percibida ( $p < 0,05$ ). Las mujeres y los estudiantes mostraron mayor vulnerabilidad. Conclusión: Los efectos psicológicos de la pandemia persisten más allá del confinamiento, destacando la necesidad de intervenciones tempranas como la terapia cognitivo-conductual y la actividad física regular para mitigar los impactos negativos.

En España, Luceño et al. (33) realizaron un estudio transversal, realizado en España, evaluó los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, agotamiento emocional y resiliencia en 1 422 trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. Se utilizó una encuesta en línea con instrumentos validados, como la Escala de Impacto de Eventos (IES-R) para el estrés postraumático, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y el

Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados indicaron que el 56,6 % de los participantes presentó síntomas de estrés postraumático, el 58,6 % ansiedad y el 46 % depresión. Asimismo, el 41,1 % reportó agotamiento emocional. Las mujeres, quienes trabajaban turnos de 12 o 24 horas, y aquellas con alta preocupación por infectarse o infectar a familiares, mostraron mayor prevalencia de trastornos mentales. Por otro lado, la resiliencia y la realización personal se identificaron como factores protectores clave. El estudio concluyó que es necesario implementar medidas preventivas específicas para proteger la salud mental del personal sanitario expuesto a situaciones de alto estrés durante emergencias sanitarias

En Ecuador, Muñoz et al. (34) investigaron el estado actual de la salud mental de los trabajadores de salud en Latinoamérica en el periodo postpandemia de COVID-19 y estrategias de intervención personalizadas. Metodología: Revisión narrativa de estudios publicados en los últimos tres años en PubMed, Scopus y Google Scholar. Se incluyeron investigaciones de países como Perú, Ecuador, Chile y Argentina. Resultados principales: El 40 % de los trabajadores de salud presentó ansiedad, y el 37 % depresión durante la pandemia. En el periodo postpandemia, se mantuvieron niveles altos de trastorno de estrés postraumático, especialmente en mujeres. Los desafíos incluyen desigualdades económicas y deficiencias estructurales del sistema de salud. Estrategias sugeridas incluyeron soporte psicológico personalizado y soluciones tecnológicas integradas. Conclusión: Los profesionales de salud en Latinoamérica enfrentan cargas persistentes de salud mental postpandemia, destacando la necesidad de intervenciones específicas adaptadas al contexto regional.

En España, Fernández et al. (18) realizaron un estudio sobre el estrés laboral postCOVID y su impacto en la salud mental de médicos y enfermeros en dos regiones de España. Metodología: Estudio transversal con 191 participantes que completaron cuestionarios para evaluar estrés percibido, ansiedad, depresión y resiliencia. Se realizaron análisis de regresión para identificar predictores específicos. Resultados: Los principales estresores laborales fueron

carga de trabajo, conflictos interpersonales y falta de retroalimentación positiva. Los médicos reportaron mayor carga laboral y conflictos de rol, mientras que los enfermeros enfrentaron conflictos interpersonales y ambigüedad de rol. La inequidad en interacciones sociales predijo resultados negativos en médicos, y los conflictos laborales, en enfermeros. Conclusión: Los estresores laborales afectan diferencialmente la salud mental de médicos y enfermeros, lo que subraya la necesidad de estrategias específicas para prevenir el burnout y otros trastornos graves.

En Paraguay Villalba et al. (35) realizaron un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en cinco hospitales terciarios de Paraguay entre abril y junio de 2020, se evaluó el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en 125 trabajadores de la salud mediante cuestionarios validados, incluyendo PHQ-9 y GAD-7 para depresión y ansiedad, y PCL-C para estrés postraumático. El 54,8 % eran médicos, el 29,8 % enfermeros y el resto otros profesionales. La mayoría eran mujeres (68,8 %) con una edad media de 33,8 años. Los resultados mostraron que el 48,8 % presentó síntomas de depresión, el 54,4 % ansiedad y el 7,2 % síntomas de estrés postraumático. El 57,3 % trabajaba en áreas de alto riesgo como salas COVID-19 y emergencias. Las mujeres y los trabajadores expuestos directamente a pacientes infectados reportaron mayor prevalencia de síntomas. Conclusión: el personal de salud paraguayos es particularmente vulnerables al estrés psicológico durante pandemias.

#### – Nacionales

En Lima, Yslado et al. (15) investigaron la prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en profesionales de la salud en hospitales peruanos antes de la pandemia de COVID-19. Metodología: Revisión sistemática y metaanálisis de 30 estudios. Se incluyeron 8 artículos científicos y 22 tesis, evaluando burnout con el Inventario de Maslach (MBI-HSS). Resultados principales: La prevalencia global fue del 25 % (IC 95 %: 9–45), con burnout leve en 27 % (IC 95 %: 16–41), moderado en 48 % (IC 95 %: 32–65) y severo en 17 % (IC 95 %: 10–24). Los factores de riesgo incluyeron altas demandas

laborales y falta de apoyo social, mientras que la satisfacción laboral actuó como factor protector. Conclusión: El síndrome de burnout afecta significativamente a los profesionales de salud peruanos, especialmente en niveles moderados. Es crucial implementar estrategias para abordar factores de riesgo laborales y sociales.

En Lima, Mejía et al. (36) realizaron un estudio para estimar la prevalencia del riesgo de trastorno de estrés postraumático (Tept) en 12 países de América Latina tras la COVID-19. Metodología: Encuesta transversal multicéntrica en países de habla hispana, con análisis de factores asociados al Tept y su relación con variables sociodemográficas. Resultados: El 25 % de los participantes presentó riesgo de TEPT. Las mujeres, personas en países como Bolivia y Paraguay, y quienes experimentaron pérdidas cercanas por COVID-19 presentaron mayores probabilidades de desarrollar TEPT. La depresión severa ( $p < 0,001$ ) y el estrés severo ( $p < 0,001$ ) fueron factores de riesgo críticos. La residencia en países con altos niveles de mortalidad incrementó la prevalencia de TEPT. Por otro lado, una edad avanzada y tener pareja sentimental fueron factores protectores. Conclusión: Se halló tasas elevadas de trastorno de estrés postraumático en América Latina requieren estrategias de intervención específicas para abordar el impacto psicológico de la pandemia.

En Piura, Gonzalo et. al. (19) investigaron los factores vinculados con la prevalencia de depresión en personal de salud durante la pandemia. Metodología: Estudio transversal con 136 participantes evaluados con la escala Zung. Se aplicaron análisis bivariado y multivariado para identificar factores asociados. Hallazgos: la prevalencia de depresión fue 8,8 %. La pérdida de familiares o amigos por COVID-19 fue un factor de riesgo significativo ( $OR=6,78$ ;  $p=0,017$ ). El uso de EPP fue identificado como protector ( $OR=0,03$ ;  $p=0,003$ ). Las mujeres y los trabajadores con mayores responsabilidades presentaron niveles más altos de riesgo. Además, los factores de estrés crónico y la carga emocional exacerbaron los síntomas depresivos Conclusión: En la salud mental del personal de salud en Piura influyeron factores contextuales y emocionales

relacionados con la pandemia, siendo relevantes los recursos de apoyo psicosocial.

En Lima, Mendiola (20) investigó sobre factores asociados al trastorno de estrés postraumático (TEPT) en trabajadores del Centro de Salud Buenos Aires de Villa, Chorrillos, durante el COVID-19. Método: Estudio analítico transversal que encuestó a 99 trabajadores utilizando instrumentos validados para evaluar TEPT. Los datos se analizaron con pruebas de Chi cuadrado y regresión multivariada. Hallazgos: La prevalencia de TEPT fue del 26 %. Los trabajadores mayores de 41 años representaron el grupo más afectado. El 73,1 % de los participantes con TEPT no solicitó apoyo psicológico. En el análisis multivariado, la exposición directa a eventos traumáticos fue un factor de riesgo significativo (RPa=0,226; IC 95 %: 0,055-0,932; p=0,040), mientras que no presenciar eventos redujo la probabilidad de desarrollar TEPT. Conclusión: Una proporción significativa de trabajadores presentó TEPT, asociado principalmente a la exposición directa a eventos traumáticos durante la pandemia. Se destaca la necesidad de intervenciones psicológicas oportunas en contextos similares.

En Lima, Castillo et al (37) indagaron sobre el estado de salud mental en médicos residentes de un hospital de Lima tras el levantamiento del estado de emergencia por COVID-19. Método: Estudio descriptivo transversal con 216 médicos residentes, utilizando los cuestionarios GAD-7, PHQ-9 y EIE-R para evaluar ansiedad, depresión y estrés postraumático. Resultados: La prevalencia de ansiedad y depresión fue del 50,9 %, mientras que el 70,4 % presentó estrés postraumático (TEPT). De estos, el 38 % tenía TEPT parcial, el 25,9 % un diagnóstico probable y el 6,5 % TEPT severo. No se encontraron asociaciones significativas entre los trastornos y las características sociodemográficas. Conclusión: Los altos niveles de ansiedad, depresión y TEPT reflejan una considerable afectación psicológica en los residentes médicos tras la pandemia. Es urgente implementar estrategias de apoyo en este grupo vulnerable.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 Salud**

La Organización Mundial de la Salud (38) define la salud como una condición de bienestar integral que abarca los aspectos físicos, mentales y sociales, y no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades o trastornos. Por lo tanto, de manera similar, la salud mental abarca mucho más que la ausencia de trastornos mentales. De hecho, se entiende como el producto de factores biológicos, psicológicos y sociales.

### **2.2.2 Salud mental**

Según la OMS(1), la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales y se refiere a un estado de completo bienestar físico, social y mental que permite a una persona hacer frente al estrés, aplicar sus habilidades y tener productividad en el trabajo y la capacidad de aportar en la comunidad en la que se desenvuelve. Siendo la salud mental un aspecto primordial para la supervivencia del individuo, ya sea colectivo o individual, facilitando la interacción con otras personas, la razón y el control de las emociones

Siendo así un área fundamental de la salud pública, porque se encarga de realizar la vigilancia del proceso salud- enfermedad, desde el punto de vista de los procesos biopsicosociales complejos, que requieren de un abordaje intersectorial e interdisciplinario.

En la literatura se describe que el impacto a nivel psicosocial producida por la pandemia de la COVID-19 puede ser especialmente visto en (39):

Los que se han visto infectados con el COVID-19.

- Las personas que han tenido un familiar cercano contagiado con COVID-19.
- Los que han experimentado la muerte de un familiar durante esta pandemia.
- Las personas previamente vulnerables a los estresores psicosociales.

Los profesionales de la salud que durante la pandemia han atendido pacientes con COVID-19 exponiéndose a la posibilidad de ser infectados en cualquier momento. También se consideran a las personas con antecedentes de alguna psicopatología. Algunos autores (40) mencionan que toda la población corre riesgo por el hecho de estar expuestos a toda la información propalada por los medios de comunicación y por experimentar durante tanto tiempo el confinamiento.

### **2.2.3 Depresión**

Los trastornos depresivos se describen como estados de tristeza cuya intensidad o duración es lo suficientemente significativa como para afectar la funcionalidad, acompañados, en algunos casos, de una reducción del interés o disfrute en actividades previamente placenteras. (41)

La etiología de la depresión al igual que sucede con otros problemas psicológicos tiende a ser compleja, ya que pueden tener diversos orígenes que lo expliquen como el origen genético, fisiológico u hormonal o ser causada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales.(42)

### **2.2.4. Epidemiología de la depresión**

La investigación global sobre la epidemiología de la depresión ha ampliado significativamente la comprensión de este trastorno. Se ha encontrado que la depresión es mucho más común de lo que se creía y es uno de los trastornos más incapacitantes que enfrenta la humanidad, afectando frecuentemente a personas en sus años más productivos. Por esta razón, los trastornos depresivos representan uno de los mayores costos para la sociedad.

Determinar la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo mayor presenta un reto. Calcular la verdadera incidencia de este trastorno es complejo y depende en gran medida de los métodos de muestreo, las definiciones del trastorno y las herramientas específicas utilizadas para medir la depresión. Por ejemplo, los estudios que emplean autoevaluaciones suelen reportar tasas más altas que aquellos que utilizan evaluaciones médicas. Además, el contexto en el

que se realiza el estudio puede influir en los resultados; a medida que la depresión pierde estigmas, las personas pueden sentirse más dispuestas a compartir sus síntomas con extraños que se presentan como investigadores a través de visitas, llamadas o correos electrónicos.(43)

Una observación casi universal, sin importar el país o la cultura, es que la depresión es más común en mujeres que en hombres. En un metaanálisis internacional, la prevalencia total fue del 14,4 % en mujeres frente al 11,5 % en hombres. En Estados Unidos, las mujeres tenían mayor probabilidad de experimentar un episodio depresivo mayor en el último año (8,7 %) en comparación con los hombres (5,3 %). (43)

Existen diversas explicaciones, tanto biológicas como psicológicas y sociales, para esta diferencia. La situación desigual de las mujeres en muchas sociedades puede contribuir a su mayor vulnerabilidad a la depresión. Aunque esta sigue siendo una hipótesis válida, es interesante observar que en sociedades donde las mujeres han logrado un estatus más elevado, como en muchas sociedades occidentales, la proporción no ha variado significativamente. Aunque la explicación es sin duda compleja y multifacética, la evidencia sugiere que las diferencias biológicas, como las variaciones en los niveles hormonales, podrían explicar al menos en parte esta discrepancia.

Asimismo, La edad promedio de aparición del trastorno depresivo mayor es de aproximadamente 40 años, con el 50 % de los pacientes experimentando su inicio entre los 20 y los 50 años. Sin embargo, el trastorno también puede comenzar en la infancia o en la vejez. (43)

### **2.2.5. Presentación clínica**

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas centrales de la depresión. Los pacientes a menudo expresan que se sienten tristes, sin esperanza, como un desecho o como alguien que no tiene valor. Muchos describen su depresión como un dolor emocional angustioso, y algunos

la perciben como un malestar físico que les deja agotados y desmotivados. Otros sienten que son incapaces de llorar o de experimentar placer.

Clásicamente, un paciente deprimido puede adoptar una postura encorvada, mostrar poca actividad espontánea y tener una mirada triste y evasiva. En la práctica, hay una amplia variedad de comportamientos, que van desde personas sin síntomas evidentes hasta aquellos que presentan depresión catatónica. Uno de los signos más comunes es el retraso psicomotor generalizado, donde los pacientes muestran escaso movimiento espontáneo, a veces tan severo que se confunde con la catatonía. (43)

También puede haber agitación psicomotriz, manifestándose en conductas como retorcerse las manos o tirarse del pelo. En muchos pacientes, la velocidad y el volumen del habla disminuyen, respondiendo a preguntas con monosílabos o con respuestas retardadas. La presencia de estos síntomas observables puede ser útil para el diagnóstico; sin embargo, su ausencia no significa que el paciente no sufra de un trastorno. Es común encontrar pacientes que, a pesar de sentirse profundamente infelices, logran mantener un cierto nivel de adecuación social, incluso sonriendo y riendo en compañía de otros.

La depresión se presenta con síntomas somáticos típicos, conocidos como síntomas neurovegetativos, incluyen una variedad de manifestaciones físicas. Dentro de los más comunes encontramos: fatiga, poca energía, falta de atención, insomnio, despertar temprano en la mañana, falta de apetito, pérdida de peso asociada y a veces están incluidos síntomas como disminución de la libido y el rendimiento sexual, irregularidades menstruales, la depresión empeora en la mañana. (43)

Casi todos los pacientes con depresión (97 %) reportan una disminución en su energía, dificultades para completar tareas, y problemas en el ámbito laboral, además de una menor motivación para iniciar nuevos proyectos. El 80 % de los casos también presenta dificultades para dormir, especialmente con despertares tempranos (insomnio terminal) y numerosos despertares durante la noche, en los que tienden a preocuparse por sus problemas. Muchos

experimentan una disminución del apetito y pérdida de peso, aunque en algunos casos el apetito aumenta, lo que los lleva a ganar peso y dormir más de lo habitual. Estos síntomas, conocidos como neurovegetativos inversos o características atípicas, son frecuentes en estos pacientes. (43)

### **2.2.6. Clasificación de los síndromes depresivos**

Se clasifican según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). 43

Se categorizan como trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. (43) Estos trastornos comparten como característica principal un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de alteraciones somáticas y cognitivas que impactan de manera significativa la capacidad funcional de quienes los padecen. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (43) El trastorno depresivo mayor es el que más se relaciona con la depresión clásica y es el que suele mencionarse cuando alguien dice que padece depresión. Por esta razón, en este trabajo de investigación se enfoca el estudio en este trastorno. (43)

### **2.2.7. Trastorno depresivo mayor**

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de al menos un episodio de depresión mayor, con síntomas depresivos significativos que se mantienen durante un período considerable. (43)

Está asociado a una alta mortalidad, principalmente debido al suicidio; no obstante, existen otras causas de mortalidad. Por ejemplo, los pacientes con depresión que son admitidos en residencias de ancianos tienen un riesgo significativamente mayor de fallecer durante el primer año. (41)

### **2.2.8. Criterios diagnósticos**

Es necesario que se presenten cinco o más de los siguientes síntomas durante un lapso de dos semanas, indicando un cambio en el funcionamiento habitual. Al

menos uno de estos síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer. (41)

- Ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, evidenciado tanto por la percepción de la persona (como sentirse triste, vacía o sin esperanza) como por observaciones de terceros (por ejemplo, notar que la persona llora con frecuencia).
- Disminución notable en el interés o el disfrute de casi todas las actividades, durante la mayor parte del día y casi todos los días, ya sea según lo relatado por la persona afectada o lo observado por otros.
- Cambios significativos en el peso corporal, ya sea pérdida o ganancia sin estar siguiendo una dieta, con variaciones que superan el 5 % del peso corporal en un mes, o alteraciones en el apetito casi todos los días.
- Dificultades para dormir, manifestadas como insomnio o, en contraste, dormir en exceso casi todos los días.
- Agitación o lentitud en los movimientos que son perceptibles para los demás, y no solo una sensación subjetiva de inquietud o lentitud.
- Sensación de fatiga o una marcada pérdida de energía casi diariamente.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada, que pueden llegar a ser delirantes, y que van más allá de un simple autorreproche o culpa por la propia condición.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, que ocurre casi todos los días y puede ser notada tanto por la persona como por quienes la rodean.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte, que no se limitan al temor de morir, junto con ideas frecuentes de suicidio sin un plan específico, intentos de suicidio o incluso un plan detallado para llevarlo a cabo.

Los síntomas generan un malestar notable o impactan de forma significativa en la vida social, laboral o en otras áreas esenciales del funcionamiento diario. El episodio no está relacionado con los efectos fisiológicos de una sustancia o una condición médica subyacente.

El episodio de depresión mayor no puede explicarse mejor por trastornos esquizoafectivos, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirantes u otros trastornos del espectro esquizofrénico o psicótico. No ha habido episodios de manía o hipomanía en la historia del paciente.

### **2.2.9. Características diagnósticas**

Las características diagnósticas del trastorno depresivo mayor incluyen síntomas que deben presentarse casi todos los días para ser considerados, con excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Es fundamental que exista un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días. A menudo, los síntomas iniciales son insomnio y fatiga, lo que puede llevar a un infra diagnóstico si no se identifican los demás síntomas depresivos. En ocasiones, el paciente niega sentirse triste, pero la tristeza puede ser detectada a través de la entrevista clínica o de la observación de la expresión facial o la conducta. (41)

Es importante evaluar si los síntomas somáticos reportados por el paciente están relacionados con el estado depresivo. La fatiga y las alteraciones del sueño son comunes, mientras que los síntomas psicomotores, aunque menos frecuentes, indican una mayor gravedad del trastorno, así como la presencia de culpa delirante.

Para diagnosticar un episodio depresivo mayor, se requiere que el individuo atraviese un período de al menos dos semanas caracterizado por un estado de ánimo deprimido o una disminución del interés en casi todas las actividades (Criterio A). Adicionalmente, deben estar presentes al menos cuatro síntomas más, entre ellos: alteraciones en el apetito o el peso, cambios en la actividad psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades cognitivas como problemas de concentración y pensamientos relacionados con la muerte o ideación suicida.

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, los síntomas deben ser nuevos o haber empeorado significativamente en comparación con el estado previo de la persona. Es necesario que estos síntomas se mantengan la mayor

parte del día, casi todos los días, durante un periodo mínimo de dos semanas consecutivas. Además, el episodio debe causar un malestar clínico importante o interferir en el funcionamiento social, laboral u otras áreas significativas de la vida de la persona. En casos leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero suele requerir un esfuerzo mucho mayor.

El estado de ánimo durante un episodio depresivo mayor es frecuentemente descrito como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o por los suelos (Criterio A1). Es posible que inicialmente la persona niegue sentirse triste, pero la tristeza se puede identificar durante la entrevista, observando señales como el hecho de que la persona parezca estar a punto de llorar. Algunos pacientes pueden referir sentirse vacíos o sin emociones, o experimentar ansiedad, lo cual puede ser indicativo de un estado de ánimo deprimido que se puede deducir a partir de su expresión facial y comportamiento. En lugar de tristeza, algunos individuos pueden presentar quejas físicas, como dolores o malestar corporal.

Además, es común observar un aumento de la irritabilidad, que puede manifestarse como ira persistente, una tendencia a reaccionar con ataques de cólera o a culpar a los demás, o una sensación exagerada de frustración frente a situaciones cotidianas.

En el trastorno depresivo mayor, la pérdida del interés o del placer es frecuente y puede variar en intensidad. Los pacientes suelen describir una disminución del interés en actividades que antes disfrutaban, como los pasatiempos o el deseo sexual (Criterio A2).

Los cambios en el apetito son comunes y pueden presentarse tanto como una disminución como un aumento. Algunos pacientes sienten que deben esforzarse para comer, mientras que otros pueden experimentar un aumento del apetito, a veces con ansias específicas de ciertos alimentos. Cuando estos cambios son significativos, se observa una pérdida o ganancia notable de peso. En niños, puede manifestarse como una falta de ganancia de peso esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño son otro síntoma típico, presentándose como insomnio o hipersomnia (Criterio A4). El insomnio suele ser de tipo medio, donde el paciente se despierta durante la noche con dificultad para volver a conciliar el sueño. También puede ocurrir insomnio temprano, que es la dificultad para quedarse dormido al inicio de la noche. Por otro lado, aquellos con hipersomnia pueden experimentar un sueño prolongado durante la noche o episodios de somnolencia diurna. En algunos casos, las alteraciones del sueño son la razón principal por la cual el paciente busca ayuda médica.

Los síntomas psicomotores incluyen agitación o ralentización, y deben ser observables por otros (Criterio A5). La agitación puede manifestarse como una incapacidad para mantenerse quieto, caminar de un lado a otro, o movimientos repetitivos como retorcerse las manos. La lentificación, en cambio, se refleja en el habla, el pensamiento y los movimientos físicos, caracterizados por un ritmo más lento, pausas prolongadas antes de responder, o incluso mutismo. Estas alteraciones son indicativas de la gravedad del trastorno y van más allá de las sensaciones subjetivas del paciente.

En el trastorno depresivo mayor, la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga son comunes (Criterio A6). Las personas pueden experimentar un agotamiento persistente sin haber realizado actividad física significativa, sintiendo que incluso las tareas diarias más simples requieren un esfuerzo considerable. Por ejemplo, actividades como lavarse o vestirse pueden parecer extenuantes y tomar más tiempo del habitual. (41)

Los sentimientos de inutilidad o culpa también son frecuentes y pueden incluir evaluaciones negativas irreales sobre uno mismo, preocupación por errores pasados insignificantes, o un exagerado sentido de responsabilidad por acontecimientos triviales (Criterio A7). En casos graves, estos sentimientos pueden alcanzar proporciones delirantes, como creer que uno es responsable de grandes problemas mundiales. Es común que los pacientes se culpen por no

poder cumplir con sus responsabilidades debido a la depresión, pero este sentimiento no cumple el criterio a menos que sea delirante. (41)

La dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones es otra característica clave (Criterio A8). Los pacientes pueden sentirse fácilmente distraídos y quejarse de problemas de memoria, afectando especialmente a quienes realizan tareas que requieren alta demanda cognitiva. (41)

Finalmente, los pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio son frecuentes en estos episodios (Criterio A9). Estos pensamientos pueden variar desde un deseo pasivo de no despertar, la creencia de que los demás estarían mejor sin ellos, hasta ideas más específicas y recurrentes sobre el suicidio, e incluso planes concretos para llevarlo a cabo.(41)

En el escenario que aun continuamos viviendo este trastorno se ha venido presentando de una forma continua pero poco diagnosticada y se ha ido incrementando cada vez más debido al confinamiento, al distanciamiento social obligatorio, , duelos inesperados, falta de empleo, el *mobbing*, la violencia dentro del hogar, cambios en el estilo de vida, horas de trabajo extenuantes, entre otros factores, estas condicionados han ocasionado que un gran porcentaje de la población empiecen a manifestar síntomas de depresión e incluso se ha reportado una mayor cantidad de suicidios. (44)

Este panorama se presenta debido a que a nivel mundial las personas nos encontramos expuestas a la amenaza del virus, también debido a la gran cantidad de muertes que se ha presentado durante estos años, se suma a esto las pérdidas económicas que se han dado, lo cual ha sumido al mundo en la incertidumbre, el miedo, la angustia y la desesperanza, por todo este escenario se estima que ha habido un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos entre una tercera parte.(45)

### **2.2.10. Ansiedad**

La palabra ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas, que se traduce como un estado de agitación, inquietud o zozobra en el ánimo. Esta definición, según la Real Academia Española de 2014, refleja una condición emocional caracterizada por un malestar interno y una sensación persistente de preocupación o nerviosismo que afecta el equilibrio emocional de una persona.

### **2.2.11. Epidemiología**

La ansiedad es una experiencia común y universal, que todos han sentido en algún momento. Se caracteriza por dos componentes fundamentales: la conciencia de las sensaciones fisiológicas, como palpitaciones del corazón y sudoración (diaforesis), y la sensación de estar nervioso o asustado. Esta sensación es difusa, desagradable y vaga, y suele ir acompañada de síntomas autonómicos que afectan el cuerpo.

Aunque los síntomas de la ansiedad pueden parecerse a los del miedo, hay una diferencia clave: la ansiedad no se desencadena por un peligro inmediato o evidente, sino que puede ser una respuesta a una amenaza percibida que se considera inminente. Tanto el miedo como la ansiedad son reacciones adaptativas normales frente a situaciones potencialmente peligrosas. Estas respuestas preparan al organismo para enfrentar el peligro, ya sea mediante la lucha, la huida o la inmovilización, dependiendo de lo que la situación demande. (43)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de un miedo o ansiedad excesivos, acompañados de cambios en el comportamiento. La ansiedad en este contexto se define como una respuesta anticipada ante una amenaza futura (41), que surge a partir de la percepción de posibles peligros en el entorno, aunque estos no sean siempre evidentes o inmediatos. Este estado de ansiedad desencadena sensaciones de inquietud, agitación y preocupación, acompañadas de hipervigilancia 50. Además, se asocia con síntomas físicos como la tensión muscular y comportamientos

orientados a la cautela o evitación de situaciones que podrían considerarse riesgosas. (41)

Desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad puede entenderse como un mecanismo adaptativo diseñado para favorecer la supervivencia, al incentivar al individuo a evitar situaciones o lugares que puedan representar un peligro. Sin embargo, esta respuesta puede transformarse en un trastorno mental cuando se manifiesta de manera desproporcionada, como una reacción anticipatoria involuntaria e intensa ante una amenaza percibida o una interpretación errónea de un posible riesgo. Siendo la característica en los trastornos de ansiedad (TA) que la respuesta es persistente e incontrolable, mermando la calidad de vida del individuo. (46)

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por presentarse de manera excesiva o persistente más allá de las etapas de desarrollo apropiados. (41) Se describe que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones aproximadamente en una proporción de 2:1, y se diagnostican cuando la sintomatología que presentan no es atribuida a los efectos fisiológicos de una sustancia/ medicación u otra afección médica, o no se explican mejor con otro trastorno mental. (41)

Se describen cuatro procesos cognitivos en el mantenimiento de la ansiedad (47):

- Intolerancia a la incertidumbre
- La tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación
- Orientación ineficaz frente a los problemas y
- La evitación cognitiva; en este escenario la pandemia de la COVID – 19, al surgir de forma inesperada y al no conocerse el tiempo de control de esta, predice un futuro negativo y, esto se traduce en ansiedad.

a) Intolerancia a la incertidumbre. La ansiedad está intrínsecamente vinculada a este proceso, durante el cual la persona transforma una preocupación común en una preocupación extrema e incontrolable. Este fenómeno se asocia con factores cognitivos internos, ya que la atención se centra predominantemente en las causas del evento que genera

ansiedad, mientras se descuidan o ignoran las posibles soluciones alternativas. (47)

- b) Tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación. En nuestra sociedad, se mantiene la idea de que experimentar preocupación es algo beneficioso, ya que se considera una forma de protección frente a emociones negativas en el futuro, percibiéndose como un rasgo positivo de la personalidad. (47)
- c) Orientación ineficaz frente a los problemas. Una persona puede llegar a pensar que la preocupación es una estrategia efectiva para resolver problemas; sin embargo, esto no es correcto, ya que la solución más adecuada es abordar los problemas de manera directa y sin demorar en preocupaciones improductivas. Este enfoque, sin embargo, no es comparable con lo que ocurre en un trastorno de ansiedad, donde la preocupación es persistente y desproporcionada. (47)
- d) La evitación cognitiva. Una persona con síntomas de trastorno de ansiedad no experimenta sufrimiento por las circunstancias actuales, sino por la anticipación de posibles eventos negativos futuros e inciertos. Esta situación la conduce a evitar aquellas experiencias que le generan angustia, basándose en pensamientos negativos aleatorios, en lugar de reconocer y aceptar las emociones y pensamientos asociados al acontecimiento presente. (48)

Asimismo, Beck denominó a los pensamientos negativos como distorsionados, refiriéndose a sesgos cognitivos que representan una percepción exagerada y desajustada de la realidad, los cuales generan malestar emocional y conductual. Con base en esta idea, desarrolló la tríada cognitiva, que integra pensamiento, emoción y conducta, inicialmente aplicada al estudio de la depresión, pero que también ha sido utilizada en investigaciones relacionadas con la ira y la ansiedad.(49) Beck sostiene que el malestar no es causado por el acontecimiento en sí, sino por la interpretación que la persona hace de este.

Asimismo, factores como las creencias, la ideología, los rasgos de personalidad y las experiencias previas influyen en la percepción de un evento

como positivo o negativo, así como en la respuesta emitida. Esto lleva al surgimiento de pensamientos distorsionados, reforzando la tríada cognitiva propuesta por Beck, que describe cómo los pensamientos negativos impactan en el estado de ánimo, las emociones y, a su vez, en la conducta. (47) Se puede apreciar la relación mutua que hay entre los pensamientos, la emoción y la conducta negativa, ninguno de estos componentes muestra causalidad sino influencia directa en tres aspectos del ser humano (47):

- Percepción negativa de uno mismo: La persona tiende a desvalorizarse de manera constante, creyendo que carece de la capacidad necesaria para enfrentar las dificultades.
- Percepción negativa de sus experiencias: En este contexto, la persona suele percibir los obstáculos de forma persistente y procesar sus vivencias como negativas y desafortunadas.
- Percepción negativa del futuro: Se manifiesta en la dificultad para construir un plan de vida con optimismo, percibiendo el futuro como incierto y desalentador.

### **2.2.12. Trastorno de ansiedad generalizada**

#### Criterios diagnósticos

Se considera los siguientes criterios (41):

- a) Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) sobre una variedad de situaciones y se mantiene durante más de seis meses.
- b) Dificultad para controlar el estado constante de preocupación
- c) La presencia de ansiedad y preocupación se relaciona con al menos tres de los siguientes seis síntomas:
  - Sensación de inquietud o de estar al límite, como si estuviera atrapado o con los nervios de punta.
  - Facilidad para experimentar fatiga.
  - Dificultad para concentrarse o episodios de mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.

- Problemas en el sueño.
- d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos deben provocar un malestar clínicamente significativo afectando de manera notable la vida del individuo, interfiriendo en sus relaciones sociales, el trabajo o la vida cotidiana.
- e) Estas alteraciones no son atribuibles a sustancias o condiciones médicas (por ejemplo, hipertiroidismo)
- f) La sintomatología no es explicable por otro trastorno mental.

### **2.2.13. Características diagnósticas**

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación constante y excesiva (conocida como anticipación aprensiva) sobre diversas actividades y situaciones. Las personas que lo padecen experimentan una intensidad, duración o frecuencia de ansiedad que excede en gran medida la probabilidad o el impacto real de los eventos que anticipan. Esto hace que controlar las preocupaciones sea extremadamente difícil para ellos, y estos pensamientos persistentes interfieren con sus actividades diarias. Quienes tienen este trastorno suelen preocuparse a diario por aspectos comunes de la vida, como responsabilidades laborales, la salud, o incluso por detalles menores, como las tareas domésticas. Además, el foco de estas preocupaciones tiende a cambiar con el tiempo, desplazándose de un tema a otro. (41)

En el escenario en el cual la pandemia por la COVID-19 formó y forma aun parte de nuestra vida diaria, la relación entre la incertidumbre y la capacidad para resolver problemas, desencadenó una preocupación extrema en las personas debido a la incomodidad del aislamiento social; ante lo cual, se intensificaron la visión negativa del futuro y por ende la presencia de pensamientos distorsionados. (47)

Durante la pandemia, los pensamientos distorsionados suelen centrarse en ver la situación como extremadamente peligrosa, asociándola con riesgos de pérdida, daño, enfermedad o incluso muerte. Estas distorsiones están vinculadas

con una sensación de falta de control, tanto interno como externo, sobre las circunstancias, lo que aumenta el miedo. Las personas temen no solo los daños físicos y mentales que podrían sufrir, sino también la frustración de no poder enfrentar las dificultades. Además, estos pensamientos distorsionados alimentan una preocupación excesiva por prácticamente todo lo relacionado con la situación, intensificando el estrés y la ansiedad frente a lo que está ocurriendo.(49)

#### **2.2.14. Trastorno de estrés postraumático**

El estrés viene a ser el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción, un estado de alerta para enfrentar situaciones nuevas e inesperadas, que permiten al organismo reacomodarse ante la nueva situación. (50) Constituye el principal factor de riesgo ambiental para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas, y en un estado de estrés prolongado, las personas pueden ser más vulnerables a presentar depresión u otras enfermedades mentales. (51)

El estrés se define como un conjunto de procesos y respuestas en los sistemas neuroendocrino, inmunológico, emocional y conductual que se activan cuando el organismo enfrenta situaciones que requieren una adaptación mayor a lo habitual o que son percibidas como una amenaza. Esta amenaza puede afectar tanto la integridad física como psicológica de la persona y puede ser una situación objetiva o subjetiva, así como aguda o crónica. Cuando el esfuerzo de defensa o adaptación a estas demandas externas tiene un rol importante en el origen de síntomas, esta condición puede evolucionar hasta convertirse en una enfermedad, trastorno o síndrome de estrés.

#### **2.2.15. Fases del estrés**

La teoría emitida por Selye (52) respecto al estrés y la forma de adaptación de nuestro organismo ante una situación estresante, es explicada por medio de tres fases: la fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento. (50)

- Fase de alarma

Se presenta cuando el individuo enfrenta circunstancias nuevas y éstas van a producir una alteración fisiológica debido a la activación de una serie de glándulas, entre las que se puede mencionar a la ACTH o la hormona del estrés. El cerebro al intuir una amenaza para su sobrevivencia produce sustancias que actúan como mensajeros destinados a zonas específicas del cuerpo. De la misma manera, otro mensaje similar viaja por la vía nerviosa para activar la secreción de adrenalina. Precisamente son las reacciones fisiológicas, las primeras en aparecer para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación. (50)

- Fase de resistencia o adaptación

Esta fase se presenta cuando el organismo tiende al equilibrio entre el medio ambiente interno y externo del individuo, ya que, no puede sostener la reacción de estar mucho tiempo expuesto a la amenaza tanto de agentes físicos, químicos, biológicos o sociales. (50)

- Fase de agotamiento

Está en la última fase, se va a presentar cuando la capacidad de resistir disminuye o se agota, debido a la exposición a los agentes nocivos. En esta fase el individuo va a sucumbir a las demandas, disminuyendo drásticamente su capacidad de adaptación, se caracteriza por fatiga, ansiedad y depresión. (50)

Se menciona que cada evento estresante que el ser humano experimenta puede generar un impacto importante y duradero en nuestro cerebro, alterando su estructura y función. En este sentido, el estrés sostenido (crónico), se ha asumido como el factor desencadenante de graves consecuencias cognitivas, lo cual puede propiciar una serie de trastornos psiquiátricos como el estrés postraumático y la depresión mayor. (42,53)

### **2.2.16 Trastorno de estrés postraumático**

La relación entre los trastornos mentales agudos y los episodios traumáticos tiene una larga historia. La conexión entre trauma y trastornos mentales se ha observado desde hace más de 200 años. Se identificaron trastornos

relacionados con traumas después de la Guerra Civil de Estados Unidos. Los primeros psicoanalistas, como Sigmund Freud, exploraron la relación entre la neurosis y los traumas, sentando las bases para entender los efectos psicológicos del trauma.

Durante la Primera y Segunda Guerra Mundial, los trastornos traumáticos en los soldados se conocieron con términos como fatiga de combate, neurosis de guerra y corazón del soldado. Estos términos reflejaban el impacto del combate y la guerra en la salud mental de los combatientes. A lo largo del siglo XX, el incremento de casos de problemas de salud mental derivados del Holocausto, desastres naturales y actos de agresión subrayaron la relación estrecha entre el trauma y la psicopatología. (43) El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno psicológico que se desarrolla tras experimentar un evento traumático o perturbador, en el cual la persona percibe un riesgo significativo de daño físico o muerte. (54,55) Es una respuesta emocional que puede surgir después de situaciones como accidentes graves, agresiones, desastres naturales, combate militar, o cualquier evento que sea extremadamente estresante. Al respecto, informes previos han mostrado que el TEPT es común en los meses posteriores a situaciones de crisis, como epidemias o emergencias médicas. La incidencia de síntomas aumenta significativamente después del período crítico inicial de la emergencia. (55,56)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la aparición de síntomas específicos después de experimentar uno o más eventos traumáticos. La forma en que se manifiesta puede variar. En algunas personas, los síntomas están marcados por la reexperimentación del miedo, con predominio de aspectos emocionales y conductuales. En otros casos, serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. Para algunas personas, sobresalen la excitación y la exteriorización de los síntomas reactivos, mientras que en otras personas prevalecen los síntomas disociativos. Por otro lado, algunos individuos pueden presentar una combinación de estos patrones sintomáticos. (41)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema creciente en la actualidad debido a la pandemia por COVID-19 y a las situaciones vitales altamente estresantes ocasionadas por la misma.

La amenaza que representa una pandemia es invisible y esta característica ocasiona incertidumbre en las personas. Ya que va alterar la sensación de control y autodeterminación. El estrés inducido puede ser tanto agudo (pánico, sensación de crisis) como crónico (fatiga, agotamiento, desmoralización). Hay una característica muy particular en este estresor traumático, ya que la transmisión viral se produce entre personas cercanas, generalmente seres queridos, amigos y colegas. Esto puede acarrear entre las personas a sentimientos de culpa y vergüenza. Del mismo modo la estigmatización y la alienación son comunes durante la pandemia de COVID-19 y pueden exacerbar el impacto psicológico adverso.(57,58)

Uno de los principales mecanismos que pusieron en marcha lo diferentes países como estrategia para controlar la propagación del virus fueron el aislamiento y el distanciamiento físico. Y estas estrategias que salvan vidas son la antítesis de los mecanismos de conexión y apoyo social que son vitales para proteger contra el desarrollo de trastornos de salud mental postraumáticos. (58) Aunado a estos mecanismos también la población se tuvo que enfrentar al desempleo y el estrés financiero que vienen a ser consecuencias adversas de la experiencia de la pandemia para muchas personas. Estableciéndose, así como factores de riesgo para una variedad de trastornos de salud mental, incluido el TEPT. (58)

### **2.2.17. Diagnóstico del trastorno de estrés postraumático**

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5). (41)

Para cumplir los criterios para el diagnóstico, los pacientes deben haber estado expuestos directa o indirectamente a un evento traumático y deben de haber presentado síntomas de cada una de las siguientes categorías por un período mayor a un mes. (41)

### **Síntomas intrusivos** ( $\geq 1$ de lo siguiente):

- Tiene memorias involuntarias, perturbadoras, intrusivas, recurrentes
- Tiene sueños perturbadores recurrentes (p. ej., pesadillas) del evento.
- Actúa o siente como si el suceso estuviera ocurriendo nuevamente y varía desde experimentar recuerdos vívidos a desconocer por completo el entorno presente
- Siente una intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio (p. ej., por su aniversario, por sonidos similares a los que escuchó durante el evento). (41)

### **Síntomas de evitación**

Implica la presencia de  $\geq 1$  de los siguientes:

- Evitar pensamientos, sentimientos o recuerdos que se relacionen con el episodio
- Evitar actividades, lugares, conversaciones o personas que desencadenan memorias del episodio. (41,59)
- Efectos negativos sobre la cognición y el estado de ánimo ( $\geq 2$  de los siguientes)
- Pérdida de memoria de fragmentos significativos del suceso (amnesia disociativa)
- Creencias o expectativas negativas, persistentes y exageradas sobre uno mismo, otras personas o el mundo
- Pensamientos distorsionados constantes sobre la causa o las consecuencias de los traumas que llevan a culparse a sí mismo o a otros
- Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, ira, culpa, vergüenza)
- Notable disminución en el interés o la participación en actividades significativas
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Incapacidad persistente de sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos). (41,59)

## **Alteración del estado de alerta y de reacción**

Implica la presencia de  $\geq 2$  de los siguientes:

- Dificultad para poder conciliar el sueño.
- Irritabilidad o crisis de enojo
- Comportamiento imprudente o auto-destructivo
- Problemas de concentración
- Aumento de la respuesta del despertar
- Hipervigilancia

Así mismo esta sintomatología debe provocar malestar intenso o deteriorar significativamente el funcionamiento social u ocupacional de la persona afectada, y no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otro trastorno médico. (41,59)

### **2.2.18. Cuadro clínico**

Los pacientes con TEPT, al revivir constantemente el trauma en el presente, ven su vida convertida en un esfuerzo continuo por evitar cualquier cosa que les recuerde el evento traumático. Examinan su entorno en busca de señales de peligro, que anticipan con miedo, y se mantienen alerta, tensos, inquietos y agotados. La persistencia de los síntomas, incluso después de que la amenaza ha desaparecido, junto con la incapacidad de volver a sentirse seguros, son características esenciales del TEPT. Otra particularidad es la naturaleza involuntaria, incontrolable y extremadamente intensa de los síntomas.(43)

### **2.2.19. Problemas en los trabajadores de la salud**

La evidencia ha mostrado una cantidad sin precedentes de estudios que describen la presencia de síntomas posteriores a la COVID-19.(60) Estos estudios han dado lugar a diferentes metanálisis que informan que alrededor del 60 % de los sobrevivientes de COVID-19 desarrollarán al menos un síntoma posterior a la COVID-19 después de la infección.(61)

Más aun en el caso del personal de salud, que tienen un riesgo significativo de resultados adversos para la salud mental durante la pandemia de

COVID-19. Ya que éstos se vieron sometidos a grandes cargas de trabajo, decisiones de vida o muerte, y riesgo de infección. Los factores que contribuyen a este panorama incluyen las largas horas de trabajo, riesgo de infección, escasez de equipos de protección personal, soledad, fatiga física y separación de las familias a la que se vieron sometidos. En la literatura se describe que, en España, hasta el 20 % del personal de salud se ha infectado, y el estar fuera de servicio ha ocasionado en ellos gran sentimiento de culpa por no poder seguir ayudando, además de la ansiedad propia de cualquier paciente ante la COVID-19: miedo a contagiarse, miedo a contagiar a los integrantes de su familia y las carencias de los problemas de salud para lidiar con la sobredemanda propia de la pandemia. Estas circunstancias podrían ocasionar que explote la crisis emocional en los trabajadores de la salud.(60)

### **3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Anhedonia**

Pérdida del interés en actividades habituales y placenteras, llevando al individuo a apartarse de ellas. Está frecuentemente asociada con la depresión. (43)

#### **Autopercepción de la gravedad de la COVID-19**

Visión u opinión subjetiva de la gravedad de la enfermedad por COVID-19 y de los síntomas que experimentan; que está influida por emociones provocadas, por lo que se piensa de la enfermedad.

#### **Catatonía**

Síndrome psicomotor asociado a una variedad de enfermedades de diferentes causas médicas y está caracterizado por ausencia de actividad, inducción de posturas pasivas contra gravedad, la oposición o ausencia de respuesta ante estímulos externos, flexibilidad cérica, estereotipias, manierismos y eco fenómenos, entre otros. (62)

## **Comorbilidad**

Según la OMS (1) la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.

## **Condición laboral**

Características del trabajo en el que se ve envuelto una persona; se divide en: (a) empleo formal, actividad laboral donde las personas establecen un contrato que supone un conjunto de deberes y derechos que le garantizan seguridad social, salud y un salario fijo; (b) empleo informal, que agrupa a aquellas personas que, aunque están ocupadas, reciben un ingreso insuficiente y variable por actividades de baja productividad, el cual además no supone el establecimiento de un contrato formal. (63)

## **COVID largo o *long COVID***

Este término utiliza para definir la presentación de cualquier síntoma post-COVID después de haber superado la infección por SARSCoV-2 (LA condición), y en la literatura se propone que conste de dos etapas: (1) secuelas post agudas de la infección por el SARS CoV -2 o post-COVID agudo (de la semana 5 a la semana 12 después del inicio de los síntomas), y, (2) post-COVID crónico (que dura más de 12 semanas después).(61)

## **Disforia**

Estado de ánimo caracterizado por un sentimiento de desagrado o incomodidad, acompañado de insatisfacción e inquietud general. Es común en trastornos como la depresión y la ansiedad. (43)

## **Disociación**

Interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de las distintas funciones mentales, que actúa como un mecanismo que se pone en marcha de forma inconsciente para no experimentar el dolor emocional que padeceríamos cuando nos enfrentamos a una situación altamente conflictiva o estresante

(trauma). Protege a la mente de la sobrecarga que supondrían estos acontecimientos y sus recuerdos, pero impide que la persona los pueda procesar e integrar. El problema surge cuando este mecanismo se presenta de forma continua y desadaptativa. (64)

### **Edad**

Es considerado como un factor no modificable, tiempo de existencia desde el nacimiento.

### **Excitación**

Agitación motora sin un propósito claro, que no resta influenciada por estímulos externos. (43)

### **Hipersomnia**

Dormir en exceso o dedicar demasiado tiempo al sueño, lo cual puede estar relacionado con un trastorno médico o psiquiátrico, como la narcolepsia. (43)

### **Hipervigilancia**

Atención excesiva y constante a los estímulos tanto internos como externos, observándose con frecuencia en personas con estados delirantes o paranoides. (43)

### **Miembro de la familia infectado con COVID-19**

Persona del entorno familiar (personas que conviven entre sí, unidas por vínculo biológico o adoptivo y que se protegen mutuamente) que fue diagnosticado con COVID-19, por prueba rápida o molecular.

### **Rumiación**

Preocupación constante que dirige el pensamiento sobre una sola idea o tema, como en el trastorno obsesivo-compulsivo. (43)

### **Sexo**

Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

### **Síntomas persistentes de COVID-19**

Sintomatología que presenta el individuo que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente causadas por COVID-19.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO FILOSÓFICO**

El marco filosófico del presente estudio se fundamenta en perspectivas que integran ontologías realistas, enfoques holísticos y también consideraciones interdisciplinarias. De una parte, desde el realismo crítico, se afirma que los fenómenos sociales y naturales tienen una estructura estratificada que incluye los dominios de lo real, lo actual y lo empírico (65,66). En el contexto de la salud mental, este enfoque permite identificar no solo las experiencias observables de los trastornos, sino también los mecanismos subyacentes que los generan, como las condiciones laborales y los determinantes sociales de la salud (67).

El enfoque interdisciplinario, fundamentado en un paradigma de ingeniería de la ciencia, destaca la necesidad de integrar conocimientos provenientes de múltiples disciplinas para abordar problemas complejos, como los efectos psicosociales de la pandemia (68). Este paradigma considera que el conocimiento científico es una herramienta epistémica diseñada para resolver problemas del mundo real, y que su construcción está intrínsecamente moldeada por los contextos disciplinares y sociales. En este sentido, el estudio adopta un enfoque pragmático para analizar cómo las dinámicas laborales y sociales contribuyen al desarrollo de trastornos mentales en personal de salud, particularmente en escenarios post pandemia.(68)

Desde una perspectiva ética y de justicia social, la filosofía de la salud para todos, promovida por la Organización Mundial de la Salud (69), subraya la importancia de reducir las inequidades y garantizar el acceso universal a servicios de salud mental de calidad. Este principio se alinea con la noción de suficiencia mínima o garantía de condiciones básicas y esenciales para el bienestar, que enfatiza la necesidad de asegurar condiciones mínimas que permitan a todas las personas alcanzar un estado de bienestar básico.(70) En

este estudio, centrado en el personal de salud, quienes enfrentaron desafíos desproporcionados durante la pandemia, este enfoque justifica la investigación orientada a identificar y abordar factores específicos que afectan su salud mental.

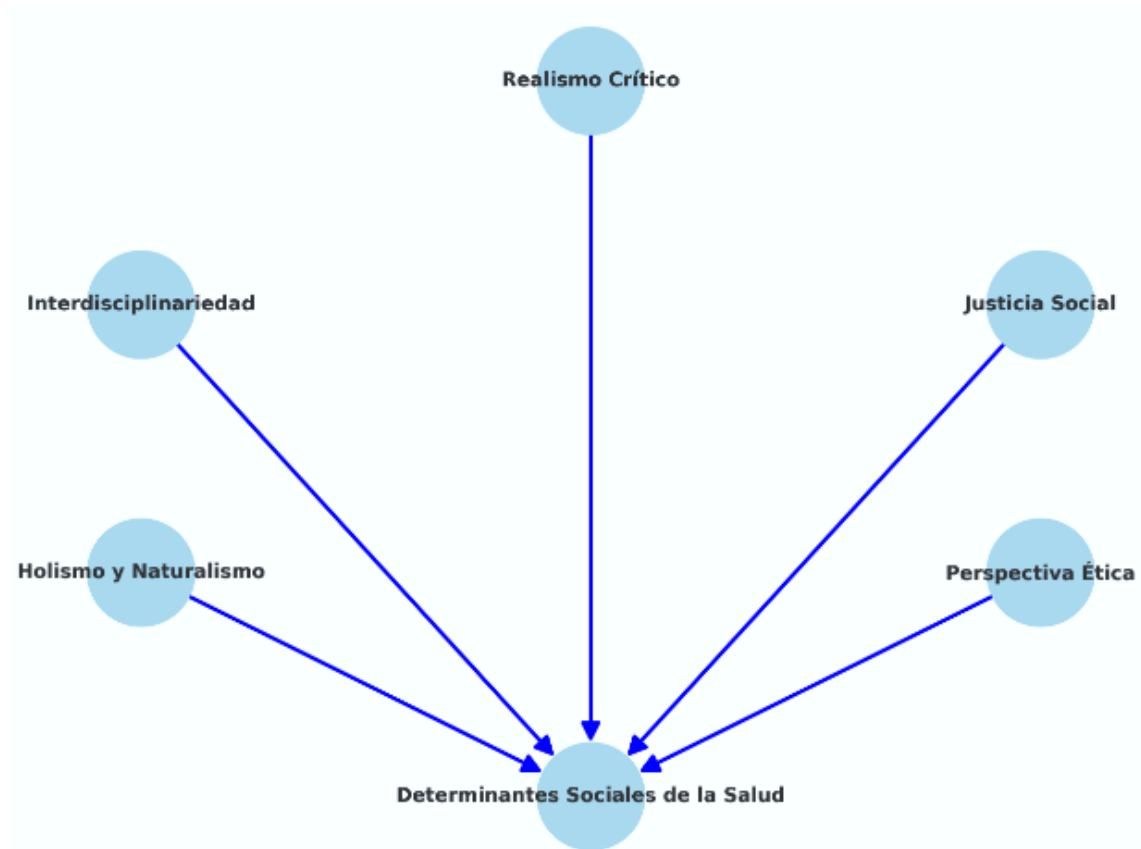


Figura 1. Fundamentos filosóficos: perspectiva integradora

Los conceptos filosóficos clave como el realismo crítico, la interdisciplinariedad, la justicia social, el holismo y la perspectiva ética confluyen en los determinantes sociales de la salud (Figura 1), que refleja la integración de los fundamentos filosóficos en el abordaje de un problema de salud pública.

En tal sentido, la integración de perspectivas holísticas y naturalistas, como las planteadas por Saad & Prochaska (71) permite entender la salud mental no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado integral

que incluye bienestar físico, mental y social. Esta perspectiva fortalece la relevancia del estudio para diseñar intervenciones que aborden los determinantes biológicos, conductuales y sociales de los trastornos de salud mental, adaptándose a la exigencia de la necesidad de un modelo de salud que sea inclusivo y contextualizado a la región Moquegua o a la realidad sanitaria de la salud mental de los peruanos.

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, basado en el paradigma positivista, de tipo básico (72), dado que su propósito fue examinar un problema de forma organizada para producir conocimientos esenciales sobre el fenómeno en cuestión. En este sentido, las investigaciones básicas son útiles para proporcionar fundamentos para promover futuras investigaciones aplicadas e intervenciones en salud mental pos-COVID-19.

En lo que atañe al diseño de la investigación, se adoptó un diseño no experimental transversal, analítico (73–75) de campo. Los estudios transversales son útiles para evaluar la exposición y el evento en forma simultánea, lo que resulta apropiado en este estudio, ya que permitió identificar asociaciones en un contexto limitado. El nivel fue relacional, que desde el punto de vista epidemiológico se puede equiparar con el enfoque analítico favoreció establecer asociaciones entre factores de riesgo a través de hipótesis, lo que resultó útil en un entorno post pandémico, en el que las dinámicas laborales y sociales han variado.

#### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo constituida por personal de salud que laboran en el hospital público (N=364).

- Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se estimó con la fórmula para proporciones:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * N * p * q}{(N-1)E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población 364

Z $\alpha/2$  = Nivel de confianza =1,96

p = Proporción esperada del evento (17 %) (15)

q = 1-p

E= error de estimación (0,07)

Tamaño de muestra 95 + 4 % por pérdidas = 99 participantes

Muestra ajustada a pérdidas = 99 personal de salud

– Tipo de muestreo

Se optó por un muestreo no probabilístico consecutivo, según criterios de inclusión.

#### 4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Factores	Demográficos	Edad	Años	Intervalo
		Sexo	Femenino Masculino	Nominal
		Grado de instrucción	Superior Universitario Completo Superior Universitario Incompleto Formación Técnica Completa Formación Técnica Incompleta	Ordinal
	Laborales	Grupo ocupacional	Profesional médico Profesional no médico Personal técnico Auxiliar	Nominal
		Área de trabajo	UCI Emergencia Hospitalización	Nominal

			Centro Quirúrgico Consulta Externa Otros	
		Condición del trabajo	728/276 CAS CAS COVID Terceros	Nominal
		Experiencia laboral	Años	Cuantitativa continua
		Atendió a pacientes COVID-19	NO SI	Nominal
		Disponibilidad de equipos protección personal	Muy insuficiente Insuficiente Neutro Suficiente Muy suficiente	Nominal
	Características relacionadas con la COVID-19	IMC	IMC < 18,5 = Bajo peso IMC 18,5-24,9 = Peso normal IMC 25-29,9 = Sobrepeso IMC >30 = Obesidad IMC >30 – 34,9 = Obesidad (grado 1) IMC >35 – 39,9 = Obesidad (grado 2) IMC >40 = Obesidad (grado 3)	Cuantitativa continua
		Diagnóstico COVID-19	No Si	Nominal
		Nivel de severidad COVID-19	Leve Moderado Severo	Nominal
		Síntomas persistentes COVID-19	No Si	Nominal
		Comorbilidad	No Si	Nominal
		Gravedad de la COVID-19 auto percibida	Leve Moderado Grave Críticamente enfermo	Nominal
		Miembro de la familia con diagnóstico COVID-19	NO SI	Nominal
		Fallecimiento de un familiar por COVID-19	NO SI	Nominal

Variables	Dimensiones	Indicador	Categorías	Escala
Salud mental	Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nerviosismo</li> <li>2. Preocupación</li> <li>3. Dificultad de relajación</li> <li>4. Inquietud</li> <li>5. Irritabilidad</li> <li>6. Temor</li> </ol>	0-4 : ninguna 5-9: leve 10-14: moderada 15-21: ansiedad severa  >0= 10: ansiedad generalizada	Nominal
	Depresión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desinterés</li> <li>2. Desesperanza.</li> <li>3. Insomnio</li> <li>4. Cansancio</li> <li>5. Inapetencia</li> <li>6. Sentirse mal consigo mismo</li> <li>7. Desconcentrado.</li> <li>8. Lento o inquieto.</li> <li>9. Pensamientos sombríos</li> </ol>	0-4: ninguno 5-9: leve 10-14: moderado 15-19: moderadamente grave 20-27: grave	Nominal
	Estrés	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdo me hacía sentir lo que sentí antes</li> <li>2. Dificultad para continuar dormido.</li> <li>3. Pensar en el suceso</li> <li>4. Irritable y enojado</li> <li>5. Procura no alterarse ante recuerdo de suceso.</li> <li>6. Piensa en suceso sin querer</li> <li>7. Piensa que es irreal.</li> <li>9. Imágenes de suceso</li> <li>10. Sobresalto</li> <li>11. Voluntad de no recordar suceso</li> <li>12. Sentimientos sin resolver</li> <li>13. Sentimientos adormecidos</li> </ol>	0–8: ninguno 9–25: leve 26–43: moderado 44–88: grave.	Nominal

		14. Funcionando o sintiendo como en suceso 15. Problemas para conciliar sueño 16. Sentimientos sobre lo sucedido 17. Esfuerzo por sacarlo de memoria 18. Problemas de concentración 19. Traspiración, respiración dificultosa, náuseas o taquicardia 20. Sueña con suceso 21. En alerta 22. Evita hablar de suceso		
--	--	--	--	--

#### 4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

– Técnicas

Se utilizó la técnica del análisis documental y de la encuesta para la recolección de los datos del presente estudio.

– Instrumentos

Para medir la depresión, se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para evaluar la sintomatología depresiva. Esta escala consta de nueve ítems que evalúan la frecuencia de síntomas depresivos en las dos semanas previas, los cuales se califican en una escala Likert que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). Las puntuaciones del PHQ-9 van a reflejar 5 categorías de gravedad de los trastornos depresivos: ninguno (0 a 4), leve (5 a 9), moderado (10 a 14), moderadamente grave (15 a 19) y grave (20 a 27). En estudios realizados en América Latina, PHQ-9 demostró ser una herramienta válida y confiable para detectar síntomas depresivos en diversos

tipos de poblaciones.(76,77) Además, PHQ-9 fue validado en Perú. Los indicadores de validez incluyen estructura interna, invariancia de medida y valores aceptables de consistencia interna. Con un punto de corte  $\geq 7$ .(78). Reporta una fiabilidad de alpha de Cronbach de 0,882.(79)

Asimismo, se utilizó la escala de ansiedad generalizada GAD-7 se utilizó como una escala válida y eficiente para evaluar la gravedad de los trastornos de ansiedad en la práctica clínica y la investigación.(80) La escala consta de siete ítems que evalúan la sintomatología de ansiedad durante las dos semanas previas a la aplicación de la escala. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, y una puntuación  $\geq 10$  indica un trastorno de ansiedad generalizada. Refleja cuatro categorías de gravedad del trastorno de ansiedad: ninguna (0–4), leve (5–9), moderada (10–14) y ansiedad severa (15–21). Esta escala fue traducida al español y validada. El punto de corte de 10 mostró valores adecuados de sensibilidad (86,8 %) y especificidad (93,4 %).(81) Reporta valores de fiabilidad con el coeficiente omega ( $\omega$ ) de McDonald de 0,5(82) hasta de  $\omega=0,92$  (83), lo que demuestra su elevada fiabilidad.

Para medir el trastorno de estrés postraumático (TEPT), se aplicó la Escala de Impacto de Evento Revisada (EIE-R) para evaluar los síntomas del trastorno de estrés post traumático. Esta escala va a medir el grado de sufrimiento causado por un evento de vida estresante que en esta investigación viene hacer la pandemia COVID-19, que se conceptualiza como una forma de estrés subjetivo. El EIE-R está conformada por 22 ítems: de los cuales 7 evalúan síntomas de intrusión, 8 de evitación y 7 de hiper excitación. Para la calificación se utiliza la escala de Likert que va de 0 (nada) a 4 (extremadamente). Las puntuaciones resultantes de este cuestionario EIE-R reflejan 5 categorías de gravedad de los síntomas del TEPT: ninguno (0–8), leve (9–25), moderado (26–43) y grave (44–88). Esta escala fue traducida al español y validada. (84). Reportó una elevada fiabilidad ya que el valor del alpha de Cronbach alcanzado fue de 0,98.(84)

#### 4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó según una planificación previa de la recolección de datos, el modo de procesamiento y pasos estructurados que garantizaron la integridad y la organización ordenada de la información recopilada. Inicialmente, los datos fueron ingresados y almacenados en una hoja de cálculo Excel y posteriormente se exportó al programa estadístico SPSS. Más adelante, se revisaron los datos para identificar errores o inconsistencias, y se codificaron las variables según las escalas definidas en el marco metodológico para proceder al análisis. Asimismo, se realizó una limpieza de los datos para eliminar errores de digitación o duplicados que pudiesen afectar la validez de los resultados. Este proceso aseguró que los datos fueran fiables y representativos, estableciendo una base sólida para los análisis estadísticos posteriores.

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra y presentar información sociodemográfica, laboral y clínica. Las frecuencias y porcentajes se usaron para variables categóricas (85), mientras que las medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana y desviación estándar) se aplicaron a variables numéricas continuas.(73)

Para la estadística inferencial, se utilizó la regresión logística binaria fue utilizada para identificar factores de riesgo significativos asociados a los trastornos de salud mental. Se trata de un análisis de regresión en el que la variable dependiente (Y) es binaria. Es decir, la variable Y no es una escala de intervalo o de razón (como una escala Likert), sino una variable de dos categorías. (86)La variable Y es una variable de tipo "Sí/No". Normalmente nos referiremos a las dos categorías de Y como 1 y 0, para que se representen numéricamente.(86) Es una es una técnica estadística que permitió analizar cómo ciertas variables independientes influyen en la probabilidad de que ocurra un evento binario, como la presencia o ausencia de un trastorno de salud mental. La aplicación del modelo de regresión logística binaria fue adecuado, ya que el fenómeno en estudio se presenta de forma dicotómica (con o sin trastornos de salud mental) y se tiene la intención

de estimar una expresión de la probabilidad de ocurrencia de un evento definido entre dos posibilidades en función de determinadas variables explicativas (factores).(87) Entre las medidas que se utilizan para interpretar este análisis, destaca el Chi-cuadrado de Wald, que evalúa si una variable independiente tiene un efecto significativo sobre el resultado. Este estadístico se acompaña de un valor p, que indica si el resultado obtenido es estadísticamente relevante. Si el valor p es menor a 0,05, se considera que el predictor tiene un impacto significativo en la variable dependiente.

– Criterios éticos

Los procedimientos de investigación se realizaron según las pautas de la Declaración de Helsinki de 2013 (88). La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario digital. En tal sentido, el consentimiento informado (89) se presentó en un lenguaje claro y comprensible. Se explicó el propósito del estudio, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y el uso de los datos. Se implementó en el formato digital una casilla de verificación que los participantes marcaron para indicar su consentimiento antes de iniciar la encuesta o el cuestionario.

Durante la recolección de datos online, se garantizó la privacidad y confidencialidad de los participantes, por lo que se tuvo la precaución de que la información proporcionada estuviera protegida en todo momento, tanto durante su recopilación como en el almacenamiento. Los datos recopilados fueron anonimizados, atribuyéndose un código numérico a cada participante. Se evitó incluir información que pudiera identificar directamente a los participantes, como nombres o datos personales sensibles. Se evitó cualquier forma de coacción. La participación fue completamente voluntaria, y se tomaron medidas para garantizar que ningún participante se sintiera obligado a responder. Esto fue particularmente importante para aquellos pertenecientes a poblaciones vulnerables. Además, se estableció un mecanismo que permitió a los participantes retirarse del estudio en cualquier momento, sin enfrentar consecuencias negativas. En el presente estudio se

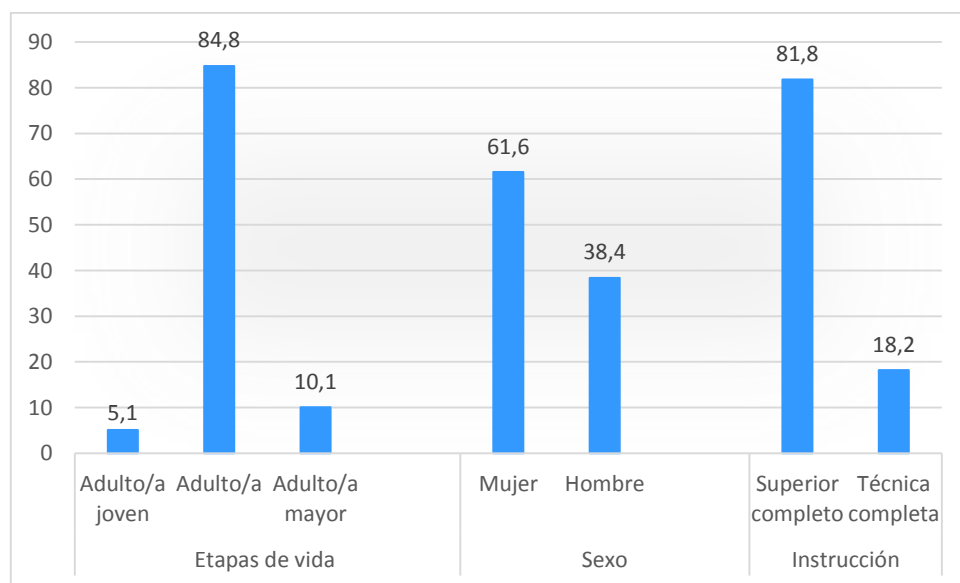
respetó y cumplió con los principios éticos (88,89), asegurando la integridad del proceso y la confianza de los participantes.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del personal de salud, 2023

	N°=99	%=100
<b>Etapas de vida</b>		
Adulto/a joven	5	5,1
Adulto/a	84	84,8
Adulto/a mayor	10	10,1
<b>Sexo</b>		
Mujer	61	61,6
Hombre	38	38,4
<b>Instrucción</b>		
Superior completo	81	81,8
Técnica completa	18	18,2



**Figura 2.** Características sociodemográficas del personal de salud, 2023

## **Interpretación**

Según se observa en la Tabla 1 el personal de salud pertenece predominantemente al grupo de adultos (84; 84,8 %), seguido por los adultos mayores (10; 10,1 %) y, en menor proporción los adultos jóvenes (5; 5,1 %). En cuanto a la distribución por sexo, las mujeres representan la mayoría del personal encuestado (61; 61,6 %), mientras que los hombres constituyen una proporción menor (38; 38,4 %). Y respecto al nivel de instrucción, predominan el grupo con educación universitaria completa que corresponde al 81,8 % (81) mientras que el 18,2 % (18) cuenta con formación técnica completa.

**Tabla 2.** Participantes según grupo ocupacional, condición laboral y tiempo de trabajo

	N°=99	%=100
<b>Grupo ocupacional</b>		
Profesional médico	44	44,4
Profesional no médico	35	35,4
Personal técnico	20	20,2
<b>Condición laboral</b>		
Personal bajo régimen laboral de Decreto Legislativo N° 276 y 728	62	62,6
Personal bajo modalidad de contrato administrativo de servicios indeterminado	19	19,2
Personal bajo modalidad contrato administrativo de servicios COVID	4	4,0
Personal bajo la modalidad de contrato de terceros	14	14,1
<b>Tiempo de trabajo</b>		
Menos de un año	5	5,1
De 1 a 5 años	47	47,5
De 6 a 10	13	13,1
11 a 15 años	13	13,1
De 16 a más años	21	21,2

### Interpretación

En cuanto al grupo ocupacional, la mayor parte corresponde al profesional médico (44; 44,4 %), seguido por participantes de profesiones no médicas (35; 35,4 %) y, en menor proporción, por personal técnico (20; 20,2 %).

Respecto a la condición laboral, la mayoría trabaja bajo el régimen laboral establecido por el Decreto Legislativo N° 276 y 728 (62; 62,6 %). En segundo lugar, se encuentra el personal bajo modalidad de contrato administrativo de servicios indeterminado (19; 19,2 %), seguido por aquellos contratados bajo la modalidad de terceros (14; 14,1 %). Finalmente, el grupo más reducido

corresponde al personal contratado bajo la modalidad administrativa de servicios relacionados con COVID (4; 4,0 %).

En relación con el tiempo de trabajo, casi la mitad de los participantes tiene entre 1 y 5 años de experiencia laboral (47; 47,5 %), siendo este el grupo más representativo. Le sigue el personal con 16 años o más de antigüedad (21; 21,2 %). Por otro lado, tanto el grupo con 6 a 10 años como aquel con 11 a 15 años de experiencia presentan la misma proporción (13; 13,1 %). Por último, el grupo con menos de un año de trabajo es el menos representado (5; 5,1 %).

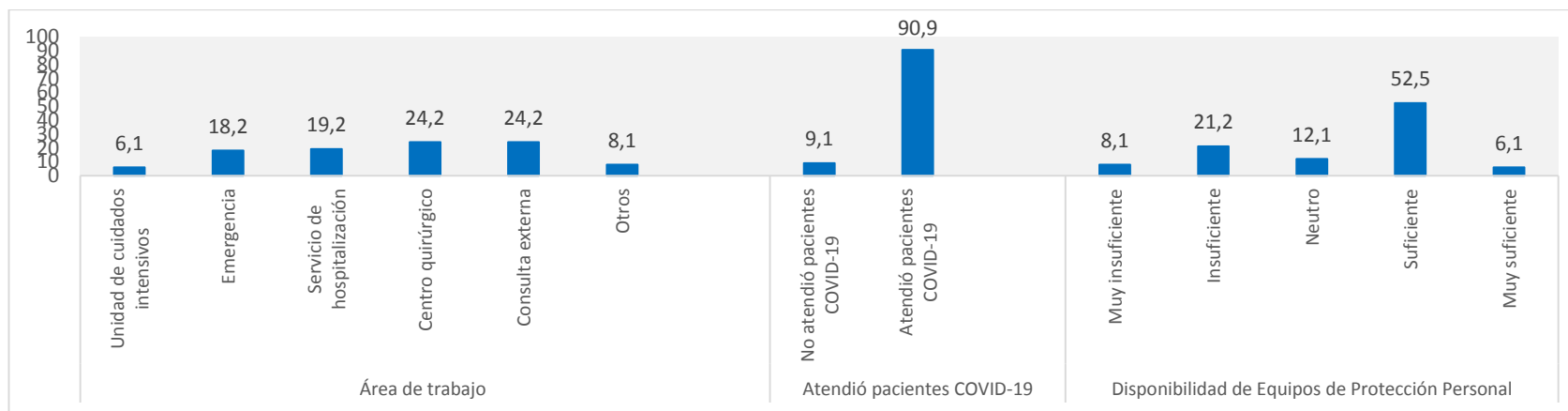
**Tabla 3.** Participantes según área de trabajo, atención de pacientes COVID-19 y disponibilidad de equipos de protección personal

	N°=99	%=100
<b>Área de trabajo</b>		
Unidad de cuidados intensivos	6	6,1
Emergencia	18	18,2
Servicio de hospitalización	19	19,2
Centro quirúrgico	24	24,2
Consulta externa	24	24,2
Otros	8	8,1
<b>Atendió pacientes COVID-19</b>		
No atendió pacientes COVID-19	9	9,1
Atendió pacientes COVID-19	90	90,9
<b>Disponibilidad de equipos de protección personal</b>		
<b>Muy insuficiente</b>		
Muy insuficiente	8	8,1
<b>Insuficiente</b>		
Insuficiente	21	21,2
<b>Neutro</b>		
Neutro	12	12,1
<b>Suficiente</b>		
Suficiente	52	52,5
<b>Muy suficiente</b>		
Muy suficiente	6	6,1

### Interpretación

En relación con el área de trabajo, los participantes se distribuyen de forma equilibrada entre varias áreas. El centro quirúrgico (24; 24,2 %) y la consulta externa (24; 24,2 %) representan las áreas con mayor número de participantes. Les sigue el servicio de hospitalización (19; 19,2 %) y emergencia (18; 18,2 %). Por su parte, la unidad de cuidados intensivos (6; 6,1 %) y otras áreas (8; 8,1 %) tienen menor representación. Respecto a la atención a pacientes con COVID-19, la mayoría de los participantes informó haber atendido pacientes con esta enfermedad (90; 90,9 %), mientras que una minoría no lo hizo (9; 9,1 %). En cuanto a la disponibilidad de equipos de protección personal, más de la

mitad de los participantes consideró que la disponibilidad era suficiente (52; 52,5 %). Un porcentaje menor señaló que era insuficiente (21; 21,2 %) o muy insuficiente (8; 8,1 %). Por otro lado, un grupo reducido indicó que la disponibilidad era muy suficiente (6; 6,1 %), y un 12,1 % evaluó la disponibilidad como neutra (12; 12,1 %).



**Figura 3.** Personal de salud según área de trabajo, atención de pacientes COVID-19 y disponibilidad de equipos de protección personal, 2023

**Tabla 4.** Personal de salud según diagnóstico COVID-19, síntomas persistentes, comorbilidad, gravedad autopercebida y familiares contagiados, 2023

	N° =99	%=100
<b>Diagnóstico COVID-19</b>		
No COVID-19	12	12,1
Si COVID-19	87	87,9
<b>Síntomas persistentes</b>		
No presenta síntomas persistentes de COVID-19	83	83,8
Si presenta síntomas persistentes de COVID-19	16	16,2
<b>Comorbilidad</b>		
No presenta comorbilidad	67	67,7
Si presenta comorbilidad	32	32,3
<b>Gravedad autopercebida</b>		
Leve	62	62,6
Moderada	32	32,3
Severa	2	2,0
Críticamente enfermo/a	3	3,0
<b>Familiares contagiados</b>		
No tiene familiares con COVID-19	12	12,1
Si tiene familiares con COVID-19	87	87,9

### Interpretación

En cuanto al diagnóstico de COVID-19, la mayoría del personal de salud indicó haber sido diagnosticado con la enfermedad (87; 87,9 %), mientras que una minoría no tuvo este diagnóstico (12; 12,1 %). Respecto a los síntomas persistentes, el 83,8 % de los participantes (83; 83,8 %) manifestó no presentar síntomas persistentes de COVID-19, mientras que un 16,2 % (16; 16,2 %) reportó haber experimentado síntomas persistentes tras la enfermedad.

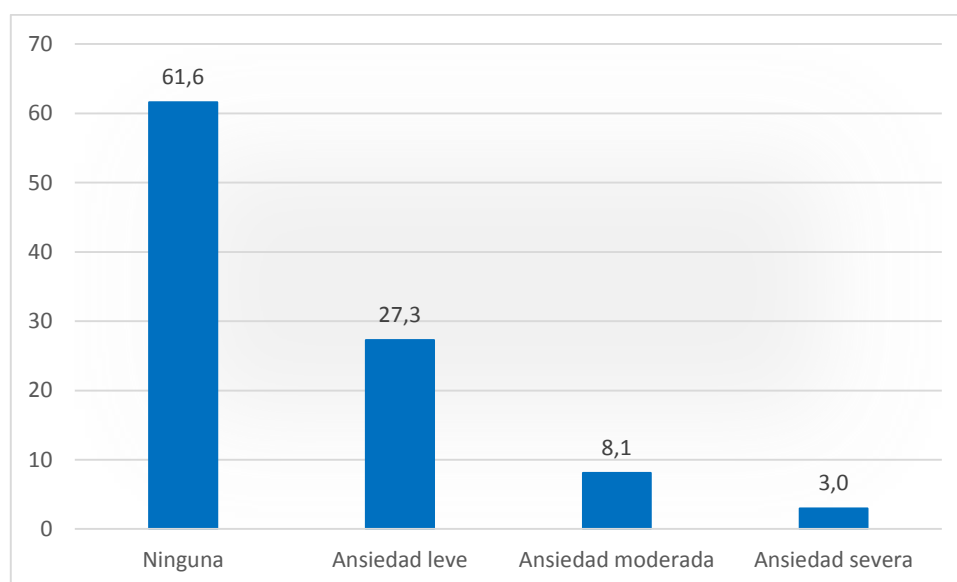
En relación con la comorbilidad, el 67,7 % (67; 67,7 %) señaló no presentar ninguna condición preexistente, mientras que el 32,3 % (32; 32,3 %) indicó tener alguna comorbilidad asociada. Sobre la gravedad autopercebida de la enfermedad, la mayoría de los participantes consideró que su caso fue leve

(62; 62,6 %). Un 32,3 % (32; 32,3 %) lo calificó como moderado, mientras que un 2,0 % (2; 2,0 %) percibió su situación como severa. Además, un pequeño grupo (3; 3,0 %) informó haberse sentido críticamente enfermo.

En cuanto a la declaración sobre los familiares contagiados, el 87,9 % (87; 87,9 %) reportó que algún miembro de su familia tuvo COVID-19, mientras que el 12,1 % (12; 12,1 %) indicó no tener familiares contagiados.

**Tabla 5.** Personal de salud según nivel ansiedad, 2023

	N°	%
Ninguna	61	61,6
Ansiedad leve	27	27,3
Ansiedad moderada	8	8,1
Ansiedad severa	3	3,0
Total	99	100,0



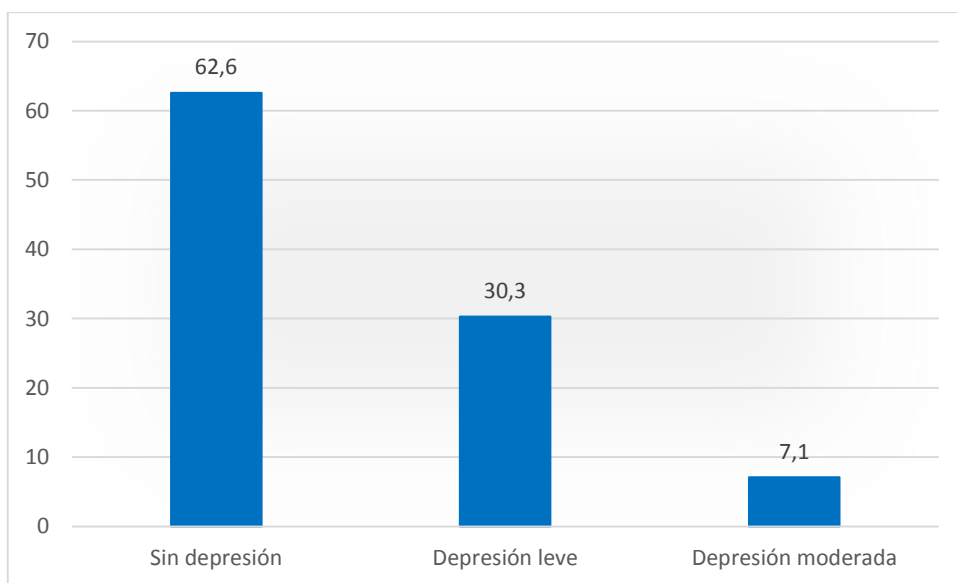
**Figura 4.** Personal de salud según nivel de ansiedad, 2023

### Interpretación

La mayoría de los participantes no presentó ansiedad (61; 61,6 %). Sin embargo, un 27,3 % (27; 27,3 %) reportó tener ansiedad leve, siendo esta la condición de mayor prevalencia entre quienes experimentaron algún nivel de ansiedad. Un menor porcentaje indicó padecer ansiedad moderada (8; 8,1 %), mientras que un 3,0 % (3; 3,0 %) refirió experimentar ansiedad severa.

**Tabla 6.** Personal de salud según nivel de depresión, 2023

	N°	%
Sin depresión	62	62,6
Depresión leve	30	30,3
Depresión moderada	7	7,1
Total	99	100,0



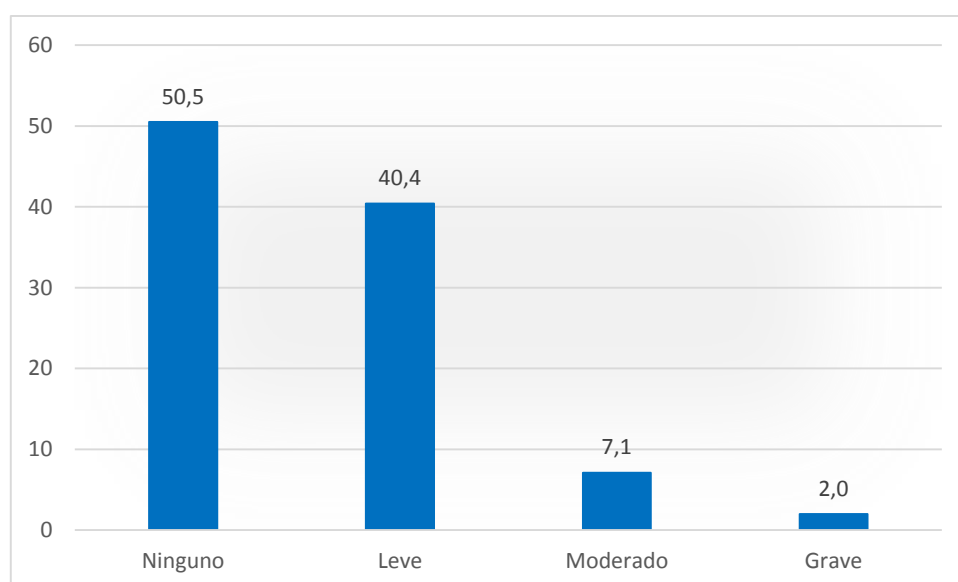
**Figura 5.** Personal de salud según nivel de depresión, 2023

### Interpretación

La mayoría de los participantes no presentó depresión (62; 62,6 %). Sin embargo, un 30,3 % (30; 30,3 %) reportó tener depresión leve, lo que representa la condición más común entre quienes experimentaron algún nivel de depresión. Por otro lado, un menor porcentaje indicó padecer depresión moderada (7; 7,1 %), mientras que no se reportaron casos de depresión severa.

**Tabla 7.** Participantes según nivel de estrés postraumático, 2023

	N°	%
Ninguno	50	50,5
Leve	40	40,4
Moderado	7	7,1
Grave	2	2,0
Total	99	100



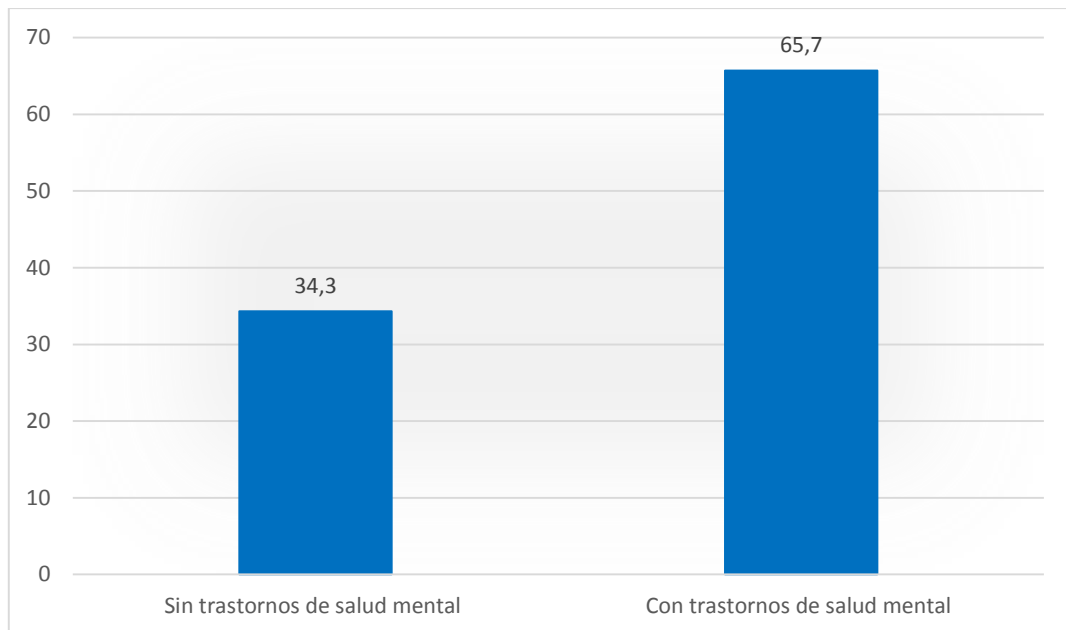
**Figura 6.** Participantes según nivel de estrés postraumático, 2023

### Interpretación

La mitad de los participantes no presentó estrés postraumático (50; 50,5 %), mientras que el 40,4 % (40; 40,4 %) reportó estrés leve, siendo esta la categoría más frecuente entre quienes experimentaron algún nivel de estrés. Un porcentaje más reducido informó estrés moderado (7; 7,1 %), y solo un 2,0 % (2; 2,0 %) reportó estrés grave, representando la menor proporción

**Tabla 8.** Personal de salud según trastornos de la salud mental post-COVID-19, 2023

	N°	%
Sin trastornos	34	34,3
Con trastornos	65	65,7
Total	99	100,0



**Figura 7.** Personal de salud según trastornos de la salud mental post-COVID-19 en 2023

### Interpretación

La mayoría del personal de salud reportó haber experimentado trastornos de salud mental pos-COVID-19 (65; 65,7 %), mientras que un 34,3 % (34; 34,3 %) indicó no presentar trastornos.

– Prueba de hipótesis

### Hipótesis general

Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar trastornos de salud mental en la población estudiada.

$H_0: \beta_1=0, \beta_2=0, \beta_3=0 \dots \beta_n=0$

$H_0$ : Al menos uno de los coeficientes ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3 \dots \beta_n$ ) es diferente de cero

**Tabla 9.** Regresión logística

		B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Sexo mujer	0,573	0,304	1	0,582	1,773
1a	Edad	0,017	0,060	1	0,807	1,017
	Instrucción superior	-0,514	0,047	1	0,829	0,598
	Grupo ocupacional no médico		3,003	2	0,223	
	Grupo ocupacional técnico	-2,673	1,413	1	0,234	0,069
	Grupo ocupacional médico	-0,821	0,142	1	0,707	0,440
	Consulta externa		7,004	4	0,136	
	Centro quirúrgico	-0,060	0,001	1	0,971	0,942
	Hospitalización	0,113	0,011	1	0,918	1,120
	Emergencia	0,257	0,044	1	0,834	1,293
	<b>Unidad de cuidados intensivos</b>	<b>3,650</b>	<b>6,289</b>	<b>1</b>	<b>0,012</b>	<b>38,487</b>
	Contrato de terceros		7,464	3	0,058	
	Contrato administrativo de servicios COVID (1)	-1,851	1,145	1	0,285	0,157
	<b>Contrato administrativo de servicios indeterminado (2)</b>	<b>-4,190</b>	<b>6,126</b>	<b>1</b>	<b>0,013</b>	<b>0,015</b>
	Régimen laboral de D.L. N° 276 7 728 (3)	0,047	0,001	1	0,981	1,048
	Tiempo de trabajo de < 1 año		8,640	4	0,071	
	Tiempo de trabajo de 1 a 5 años (1)	-5,684	2,880	1	0,090	0,003
	Tiempo de trabajo de 6 a 10 años (2)	-0,149	0,007	1	0,934	0,861
	Tiempo de trabajo de 11 a 15 años (3)	2,193	1,285	1	0,257	8,958
	<b>Tiempo de trabajo de 16 a más años (4)</b>	<b>4,018</b>	<b>4,242</b>	<b>1</b>	<b>0,039</b>	<b>55,597</b>
	Atendió pacientes COVID-19 (1)	-2,370	0,521	1	0,470	0,093
	EPP suficiente (1)	-1,671	2,879	1	0,090	0,188
	Con diagnóstico COVID-19(1)	-0,254	0,027	1	0,869	0,776
	Leve		2,285	2	0,319	
	Severidad moderada (1)	5,578	1,644	1	0,200	264,539
	Severo (2)	3,853	0,910	1	0,340	47,147
	Presenta síntomas persistentes (1)	-0,768	0,388	1	0,533	0,464

Gravedad auto percibida leve		0,314	2	0,855	
Gravedad auto percibida moderada (1)	1,174	0,080	1	0,778	3,233
Gravedad auto percibida crítica (2)	0,577	0,020	1	0,887	1,781
Familiar con COVID-19 (1)	0,745	0,338	1	0,561	2,106
Familiar fallecido (1)	0,481	0,222	1	0,637	1,618
Índice de masa corporal (IMC)	0,096	0,540	1	0,462	1,101
<b>Comorbilidad (1)</b>	<b>-5,821</b>	<b>13,641</b>	<b>1</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>

## Interpretación

La regresión logística es adecuada para probar la hipótesis porque permite analizar la relación entre variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con la COVID-19 y la probabilidad de presentar trastornos de salud mental, cuando la variable dependiente es binaria (trastornos = 1, sin trastornos = 0). Este método estima la razón de probabilidades (Exp(B)) para cada variable, mostrando cómo estas características afectan el riesgo de presentar trastornos. Además, los valores de significancia indican si cada variable tiene un efecto significativo en esta probabilidad, confirmando o refutando la hipótesis planteada.

La variable sexo ( $B = 0,573$ ,  $p = 0,582$ ) y la edad ( $B = 0,017$ ,  $p = 0,807$ ) no mostraron una asociación significativa con los trastornos de salud mental, lo que sugiere que estas características individuales no son determinantes en la aparición de estos trastornos en esta población. De igual forma, el nivel de instrucción y los subgrupos ocupacionales (GrupoOcu) no tuvieron significancia estadística, indicando que el nivel educativo y la ocupación no presentan una relación directa con los trastornos de salud mental en este contexto.

En cuanto a las áreas de trabajo (areatrabajoLOG), el trabajo en la Unidad de cuidados intensivos mostró una asociación estadísticamente significativa ( $B = 3,650$ ,  $p = 0,012$ ,  $\text{Exp}(B) = 38,487$ ), lo cual sugiere que las personas en esta área laboral tienen una probabilidad sustancialmente mayor de presentar trastornos de salud mental en comparación con otras áreas. Asimismo, la condición laboral (CondTrab) resultó relevante en el modelo, especialmente en el nivel Contrato administrativo de servicios indeterminado (2), que presentó una

relación negativa y significativa ( $B = -4,190$ ,  $p = 0,013$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,015$ ), indicando que las personas en esta condición específica tienen menor probabilidad de sufrir trastornos de salud mental.

La categoría de tiempo de trabajo (`tiempo_trabajo_Cat`) mostró significancia en uno de sus niveles, Tiempo de trabajo de 16 a más años (4) ( $B = 4,018$ ,  $p = 0,039$ ,  $\text{Exp}(B) = 55,597$ ), sugiriendo que las personas con mayor permanencia laboral tienen un riesgo elevado de padecer trastornos de salud mental. Por otro lado, otras variables relacionadas con la exposición al COVID-19, como el haber sido diagnosticado previamente (`DiagCovid`), la severidad de la enfermedad (`SeveridadCo`) y síntomas persistentes, no demostraron asociaciones significativas con el riesgo de trastornos de salud mental en esta muestra.

En contraste, la variable comorbilidad (tener morbilidad) mostró una asociación significativa y negativa ( $B = -5,821$ ,  $p < 0,001$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,003$ ), indicando que aquellos individuos con alguna comorbilidad tienen una probabilidad significativamente menor de presentar trastornos de salud mental.

Estos hallazgos sugieren que, dentro de la población analizada, existen ciertas características laborales, específicamente la permanencia en el trabajo y la condición laboral, que pueden influir en el desarrollo de trastornos de salud mental. La exposición a áreas de trabajo particulares también emerge como un factor de riesgo, mientras que variables sociodemográficas generales como el sexo, la edad y el nivel educativo no presentan una relación significativa con los trastornos de salud mental. La variable comorbilidad, aunque significativa, muestra una relación inversa que podría estar influenciada por factores no explorados en este modelo.

### Hipótesis específica 1

Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar depresión en la población estudiada.

$H_0: \beta_1=0, \beta_2=0, \beta_3=0 \dots \beta_n=0$

$H_0$ : Al menos uno de los coeficientes ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3 \dots \beta_n$ ) es diferente de cero

**Tabla 10.** Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup> Sexo mujer	0,724	0,604	1	0,437	2,063
Edad	-0,012	0,045	1	0,832	0,989
Instrucción superior	-17,359	0,000	1	0,999	0,000
Grupo ocupacional no médico		0,542	2	0,763	
Grupo ocupacional técnico	17,472	0,000	1	0,999	38727750,141
Grupo ocupacional médico	16,832	0,000	1	1,000	20415465,096
Consulta externa		2,015	4	0,733	
Centro quirúrgico	0,260	0,036	1	0,849	1,297
Hospitalización	-0,739	0,399	1	0,528	0,478
Emergencia	0,376	0,161	1	0,688	1,457
Unidad de cuidados intensivos	0,850	0,778	1	0,378	2,340
Contrato de terceros		3,929	3	0,269	
Contrato administrativo de servicios COVID (1)	0,424	0,088	1	0,767	1,528
Contrato administrativo de servicios indeterminado (2)	0,181	0,016	1	0,898	1,199
Régimen laboral de D.L. N° 276 7 728 (3)	3,288	3,231	1	0,072	26,797
Tiempo trabajo de < 1 año		5,257	4	0,262	
Tiempo de trabajo de 1- 5 años (1)	-0,005	0,000	1	0,998	0,995
Tiempo de trabajo de 6 -10 años (2)	0,066	0,002	1	0,961	1,069
Tiempo trabajo de 11 - 15 años (3)	1,167	0,706	1	0,401	3,212
<b>Tiempo de trabajo de 16 a más años (4)</b>	<b>2,515</b>	<b>3,901</b>	<b>1</b>	<b>0,048</b>	<b>12,369</b>
Atendió pacientes COVID-19 (1)	-0,296	0,032	1	0,858	0,744
<b>EPP suficiente (1)</b>	<b>-1,719</b>	<b>5,393</b>	<b>1</b>	<b>0,020</b>	<b>0,179</b>
Diagnóstico COVID-19(1)	0,415	0,144	1	0,705	1,515
Leve		0,051	2	0,975	
Severidad moderada (1)	-0,663	0,021	1	0,884	0,515
Severo (2)	-0,829	0,033	1	0,856	0,437
Con síntomas persistentes (1)	-0,698	0,540	1	0,462	0,498
Gravedad auto percibida leve		0,089	2	0,957	
Gravedad auto percibida moderada (1)	0,935	0,044	1	0,834	2,548
Gravedad auto percibida crítica (2)	1,117	0,063	1	0,802	3,056
Familiar con COVID-19 (1)	-0,764	0,423	1	0,515	0,466
<b>Familiar fallecido (1)</b>	<b>1,496</b>	<b>3,876</b>	<b>1</b>	<b>0,049</b>	<b>4,466</b>
Índice de masa corporal (IMC)	0,104	1,601	1	0,206	1,109
<b>Comorbilidad (1)</b>	<b>-2,390</b>	<b>9,806</b>	<b>1</b>	<b>0,002</b>	<b>0,092</b>

## Interpretación

En la Tabla 10, se presenta el análisis multivariado de regresión logística evaluó la relación entre variables sociodemográficas, laborales y factores relacionados con la COVID-19 y la probabilidad de presentar depresión en el personal de salud. Los hallazgos evidenciaron que la variable tiempo de trabajo de 16 a más años presenta una asociación significativa ( $B = 2,515$ ,  $p = 0,048$ ,  $\text{Exp}(B) = 12,369$ ), sugiriendo que las personas con mayor permanencia laboral en esta categoría específica tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollar síntomas de depresión, con un incremento de más de doce veces en comparación con otras categorías de tiempo de trabajo. Este hallazgo sugiere que una permanencia prolongada en ciertas condiciones laborales podría estar vinculada a un mayor riesgo de depresión, posiblemente debido a factores como la acumulación de estrés y desgaste emocional.

Igualmente, la disponibilidad de equipos de protección personal mostró una asociación inversa significativa ( $B = -1,719$ ,  $p = 0,020$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,179$ ), lo cual indica que quienes han recibido apoyo en el contexto de la COVID-19 tienen un riesgo significativamente menor de presentar depresión. Este resultado sugiere que el disponer de equipos de protección personal en el trabajo puede tener un efecto protector contra el desarrollo de depresión en contextos de crisis sanitaria.

También, el fallecimiento de un familiar debido a COVID-19 presentó una asociación significativa ( $B = 1,496$ ,  $p = 0,049$ ,  $\text{Exp}(B) = 4,466$ ), mostrando que aquellos individuos que han experimentado la pérdida de un familiar debido a la COVID-19 tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollar depresión. Este hallazgo resalta el impacto emocional profundo que la pérdida de seres queridos puede tener sobre la salud mental de los individuos, destacando la importancia de ofrecer apoyo psicológico en estos casos. De igual forma, la presencia de una comorbilidad también presentó una relación inversa significativa con la probabilidad de presentar depresión ( $B = -2,390$ ,  $p = 0,002$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,092$ ), indicando que las personas con ciertas condiciones de salud

tienen menos probabilidad de desarrollar depresión. Este resultado inesperado podría relacionarse con la existencia de redes de apoyo o con estrategias de afrontamiento implementadas en personas con condiciones de salud preexistentes, lo cual podría reducir el impacto emocional y proteger contra la depresión. Para las demás variables analizadas, tales como sexo, edad, nivel de instrucción y otros factores laborales, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con la probabilidad de presentar depresión, lo cual sugiere que, en esta población, estos factores no son determinantes directos para el riesgo de depresión.

## Hipótesis específica 2

Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar ansiedad en la población estudiada.

$H_0: \beta_1=0, \beta_2=0, \beta_3=0 \dots \beta_n=0$

$H_0$ : Al menos uno de los coeficientes ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3 \dots \beta_n$ ) es diferente de cero

**Tabla 10.** Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup> Sexo mujer	0,266	0,127	1	0,722	1,305
Edad	-0,058	1,529	1	0,216	0,944
Instrucción superior	1,248	0,364	1	0,546	3,482
Grupo ocupacional no médico		2,414	2	0,299	
Grupo ocupacional técnico	-1,919	0,909	1	0,340	0,147
Grupo ocupacional médico	-0,937	0,215	1	0,643	0,392
Consulta externa		5,813	4	0,214	
Centro quirúrgico	0,513	0,172	1	0,678	1,671
Hospitalización	1,488	2,863	1	0,091	4,427
Emergencia	1,012	1,616	1	0,204	2,751
<b>Unidad de cuidados intensivos</b>	<b>1,802</b>	<b>4,978</b>	<b>1</b>	<b>0,026</b>	6,062
Contrato de terceros		6,477	3	0,091	
Contrato administrativo de servicios COVID (1)	0,470	0,211	1	0,646	1,599
Contrato administrativo de servicios indeterminado (2)	-1,938	2,614	1	0,106	0,144
Régimen laboral de D.L. N° 276 7 728 (3)	0,794	0,278	1	0,598	2,212
Tiempo trabajo de < 1 año		2,146	4	0,709	
Tiempo de trabajo de 1- 5 años (1)	-1,532	0,627	1	0,429	0,216
Tiempo de trabajo de 6 -10 años (2)	-0,756	0,400	1	0,527	0,469
Tiempo trabajo de 11 - 15 años (3)	0,327	0,070	1	0,792	1,387
Tiempo de trabajo de 16 a más años (4)	0,466	0,218	1	0,641	1,594
Atendió pacientes COVID-19 (1)	-0,693	0,285	1	0,594	0,500
EPP suficiente (1)	-0,281	0,209	1	0,647	0,755
Diagnóstico COVID-19(1)	-0,228	0,063	1	0,801	0,796
Leve		1,117	2	0,572	
Severidad moderada (1)	1,988	0,657	1	0,418	7,300
Severo (2)	1,317	0,273	1	0,601	3,734
Con síntomas persistentes (1)	-0,401	0,246	1	0,620	0,670
Gravedad auto percibida leve		0,048	2	0,976	
Gravedad auto percibida moderada (1)	0,484	0,045	1	0,833	1,622
Gravedad auto percibida crítica (2)	0,411	0,031	1	0,859	1,508
Familiar con COVID-19 (1)	0,302	0,102	1	0,750	1,352
Familiar fallecido (1)	0,879	1,742	1	0,187	2,409
Índice de masa corporal (IMC)	-0,017	0,054	1	0,816	0,984
<b>Comorbilidad (1)</b>	<b>-1,492</b>	<b>5,240</b>	<b>1</b>	<b>0,022</b>	0,225

## **Interpretación**

El análisis de regresión logística realizado para evaluar la asociación entre variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con la COVID-19 y la probabilidad de presentar ansiedad en la población estudiada destaca algunos hallazgos relevantes. La variable área de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos mostró una asociación estadísticamente significativa ( $B = 1,802$ ,  $p = 0,026$ ,  $\text{Exp}(B) = 6,062$ ), lo cual indica que los individuos que pertenecen a esta categoría de área laboral presentan un riesgo de desarrollar ansiedad seis veces mayor en comparación con otras áreas de trabajo. Este hallazgo sugiere que ciertos contextos laborales específicos pueden incrementar significativamente el riesgo de ansiedad, posiblemente debido a factores inherentes a estas condiciones de trabajo.

Por otra parte, también la variable comorbilidad mostró una relación inversa significativa ( $B = -1,492$ ,  $p = 0,022$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,225$ ), indicando que las personas con condiciones de salud preexistentes tendrían una probabilidad considerablemente menor de presentar ansiedad. Esta asociación inversa puede estar relacionada con factores no controlados en este análisis, como el acceso a un mayor apoyo social o la implementación de mecanismos de adaptación para manejar su condición de salud, lo cual podría disminuir el riesgo de ansiedad.

El resto de las variables incluidas en el modelo, tales como sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación y diversos factores asociados a la COVID-19, no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la probabilidad de presentar ansiedad. Esto sugiere que, en esta población, los factores generales sociodemográficos y algunas características laborales no son determinantes directos del riesgo de ansiedad. No obstante, la relevancia significativa del área de trabajo y comorbilidad destaca la importancia de considerar factores específicos en el contexto laboral y de salud al diseñar intervenciones de salud mental.

### Hipótesis específica 3

Existe una asociación significativa entre las variables sociodemográficas, laborales y referidas a la COVID-19 con la probabilidad de presentar estrés postraumático en la población estudiada.

$H_0: \beta_1=0, \beta_2=0, \beta_3=0 \dots \beta_n=0$

$H_0$ : Al menos uno de los coeficientes ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3 \dots \beta_n$ ) es diferente de cero

**Tabla 11.** Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
PasoSexo mujer	0,731	0,830	1	0,362	2,078
1ª Edad	0,004	0,010	1	0,922	1,004
Instrucción superior	-20,046	0,000	1	0,999	0,000
Grupo ocupacional no médico		0,195	2	0,907	
Grupo ocupacional técnico	20,914	0,000	1	0,999	1209598247,705
Grupo ocupacional médico	20,574	0,000	1	0,999	860923252,612
Consulta externa		5,942	4	0,204	
Centro quirúrgico	0,571	0,244	1	0,621	1,771
Hospitalización	-0,383	0,176	1	0,675	0,682
Emergencia	0,706	0,742	1	0,389	2,027
<b>Unidad de cuidados intensivos</b>	<b>1,960</b>	<b>4,418</b>	<b>1</b>	<b>0,036</b>	<b>7,103</b>
Contrato de terceros		4,034	3	0,258	
Contrato administrativo de servicios COVID-19 (1)	-1,051	0,861	1	0,353	0,350
Contrato administrativo de servicios indeterminado (2)	-0,533	0,274	1	0,601	0,587
Régimen laboral de D.L. N° 276 7 728 (3)	2,323	1,946	1	0,163	10,204
Tiempo trabajo de < 1 año		7,536	4	0,110	
Tiempo de trabajo de 1 a 5 años (1)	-2,284	1,337	1	0,248	0,102
Tiempo trabajo de 6 a 10 años (2)	-1,329	1,221	1	0,269	0,265
Tiempo de trabajo de 11 a 15 años (3)	-1,102	0,836	1	0,361	0,332
<b>Tiempo de trabajo de 16 a más años (4)</b>	<b>2,606</b>	<b>4,080</b>	<b>1</b>	<b>0,043</b>	<b>13,544</b>
Atendió pacientes COVID-19 (1)	0,149	0,015	1	0,902	1,161
EPP suficiente (1)	-0,950	1,931	1	0,165	0,387
Diagnóstico COVID-19(1)	0,337	0,110	1	0,740	1,401
Leve		1,145	2	0,564	
Severidad moderada (1)	-0,530	0,070	1	0,792	0,589
Severo (2)	0,364	0,032	1	0,859	1,439
Presenta síntomas persistentes (1)	0,795	0,856	1	0,355	2,214
Gravedad auto percibida leve		2,239	2	0,326	
Gravedad auto percibida moderada (1)	1,843	0,787	1	0,375	6,318
Gravedad auto percibida crítica (2)	0,715	0,118	1	0,731	2,044
Familiar con COVID-19 (1)	-0,021	0,000	1	0,982	0,979
Familiar fallecido (1)	-0,207	0,099	1	0,753	0,813
Índice de masa corporal (IMC)	-0,034	0,236	1	0,627	0,966
<b>Comorbilidad (1)</b>	<b>-2,314</b>	<b>10,159</b>	<b>1</b>	<b>0,001</b>	<b>0,099</b>

## Interpretación

En el análisis de regresión logística para evaluar la asociación entre variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con la COVID-19 y la probabilidad de presentar estrés postraumático en la población estudiada, se identificaron algunos factores con asociación estadísticamente significativa.

Se evidenció que la variable área de trabajo, referida a la Unidad de cuidados intensivos presenta un coeficiente B de 1,960, con una significancia de  $p = 0,036$  y una razón de probabilidades ( $\text{Exp}(B)$ ) de 7,103. Esto indica que los individuos que trabajan en esta área específica tienen un riesgo significativamente mayor de presentar estrés postraumático, siendo más de siete veces más probable en comparación con aquellos en otras áreas. Este resultado sugiere que ciertas condiciones laborales específicas pueden incrementar considerablemente el riesgo de estrés en la población evaluada.

La variable tiempo de trabajo de 16 a más años muestra una asociación significativa ( $B = 2,606$ ,  $p = 0,043$ ,  $\text{Exp}(B) = 13,544$ ), lo que indica que las personas con mayor permanencia laboral en esta categoría tienen una probabilidad marcadamente elevada de desarrollar estrés postraumático. Este hallazgo resalta la relevancia del tiempo de permanencia en el contexto laboral y su impacto en la salud mental, lo cual podría relacionarse con la carga laboral acumulativa y el desgaste emocional.

La variable tener una comorbilidad resultó significativa, con un coeficiente B de -2,314,  $p = 0,001$ , y un  $\text{Exp}(B)$  de 0,099. Esta relación inversa sugiere que los individuos con ciertas condiciones de morbilidad presentan una probabilidad menor de experimentar estrés. Este resultado, aunque inesperado, podría estar influenciado por el acceso a mecanismos de apoyo o tratamientos médicos que proporcionen un contexto de mayor estabilidad emocional.

Para el resto de las variables analizadas, como sexo, edad, nivel de instrucción y otros factores laborales y de salud relacionados con la COVID-19, no se encontró asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de presentar estrés. Esto indica que, en la población estudiada, los factores generales sociodemográficos y otras características laborales no son predictores

directos del estrés, y que los factores específicos del área de trabajo, el tiempo de permanencia laboral y la presencia de ciertas condiciones de morbilidad juegan un papel destacado en la probabilidad de experimentar estrés.

## DISCUSIÓN

En relación con el objetivo general, el análisis de los resultados mediante regresión logística identifica que las variables sociodemográficas, laborales y asociadas a la COVID-19 presentan asociaciones estadísticamente significativas con los trastornos de salud mental en el personal de salud de un hospital público del sur del Perú en 2023. Entre los factores destacaron el tiempo de trabajo prolongado ya que demostró ser un factor de riesgo importante, con un incremento de más de doce veces en la probabilidad de desarrollar depresión en aquellos con mayor permanencia laboral ( $B = 2,515$ ,  $p = 0,048$ ,  $\text{Exp}(B) = 12,369$ ). Esto resalta cómo la acumulación de estrés y desgaste emocional en contextos laborales prolongados puede impactar negativamente en la salud mental. Asimismo, la disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) mostró una asociación inversa significativa con la depresión ( $B = -1,719$ ,  $p = 0,020$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,179$ ), indicando que quienes tuvieron acceso adecuado a EPP presentaron menor riesgo de trastornos mentales. Estos resultados sugieren que la provisión de recursos básicos para la protección durante una crisis sanitaria no solo tiene un efecto preventivo frente a enfermedades físicas, sino también un impacto protector en la salud mental del personal de salud. Se encuentran similitudes con otros resultados, como los reportes emitidos en Canadá y Europa destacan el papel del soporte laboral en la mitigación de trastornos mentales durante y después de la pandemia (6,12). Adicionalmente, se encontró que factores como la pérdida de familiares también están relacionados con la probabilidad de presentar trastornos mentales ( $B = 1,496$ ,  $p = 0,049$ ,  $\text{Exp}(B) = 4,466$ ). Estas asociaciones subrayan la vinculación entre experiencias personales y contextuales en la configuración de la salud mental, lo cual ha sido documentado en estudios de regiones de América Latina y Asia (9,90).

En relación con el objetivo 1 sobre los factores asociados con la depresión post-COVID-19 en personal de salud de un hospital público del sur del Perú, los hallazgos del análisis multivariado de regresión logística mostró que el tiempo prolongado de trabajo, incrementa significativamente la probabilidad de

desarrollar depresión ( $B = 2,515$ ,  $p = 0,048$ ,  $\text{Exp}(B) = 12,369$ ). Este hallazgo resalta cómo la sobrecarga laboral y la exposición prolongada a ambientes de alta presión pueden contribuir al deterioro de la salud mental, un fenómeno ampliamente documentado en investigaciones previas realizadas en contextos similares (4,5) . También se halló que la disponibilidad de equipos de protección personal (EPP), mostró una relación inversa con la depresión ( $B = -1,719$ ,  $p = 0,020$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,179$ ). Esto indica que contar con recursos de protección adecuados no solo previene riesgos físicos, sino que también desempeña un papel protector frente al impacto psicológico de trabajar durante una crisis sanitaria. Este resultado es coincidente con hallazgos empíricos de estudios internacionales que destacan cómo la percepción de seguridad en el lugar de trabajo puede reducir significativamente el estrés emocional del personal sanitario(12,13) . Asimismo, se evidenció que la pérdida de familiares por COVID-19 aumentó el riesgo de desarrollar depresión ( $B = 1,496$ ,  $p = 0,049$ ,  $\text{Exp}(B) = 4,466$ ). Este hallazgo refuerza la importancia de los factores emocionales en la salud mental, particularmente en un contexto de duelo personal y alta demanda laboral. Estos resultados son concordantes con los reportes de estudios que señalan que el duelo no resuelto y la falta de soporte psicológico adecuado son determinantes de trastornos depresivos (8,9) . Al respecto, si bien los hallazgos coinciden con estudios internacionales en muchos aspectos, la magnitud del impacto de factores como las jornadas laborales prolongadas refleja las vulnerabilidades particulares de los sistemas de salud locales.

En cuanto a los hallazgos relacionados con el objetivo específico 2, sobre factores asociados con la ansiedad post-COVID-19 en personal de salud en el ámbito de estudio, se halló del análisis estadístico multivariado que el factor área de trabajo tuvo un riesgo significativo. Aquellos trabajadores ubicados en áreas específicas como la Unidad de Cuidados Intensivos presentaron un riesgo seis veces mayor de desarrollar ansiedad ( $B = 1,802$ ,  $p = 0,026$ ,  $\text{Exp}(B) = 6,062$ ). Este resultado sugiere que las características inherentes a ciertos entornos laborales, como la exposición continua a situaciones de alta presión o la falta de apoyo

adecuado, podrían explicar esta asociación. Los hallazgos son comparables a resultados de investigación en Sudáfrica y China, los que han documentado el impacto del ambiente laboral en la salud mental de los trabajadores de la salud (9,13). También se encontró una asociación inversa entre la presencia de comorbilidades preexistentes y la ansiedad ( $B = -1,492$ ,  $p = 0,022$ ,  $\text{Exp}(B) = 0,225$ ), lo que podría interpretarse en el sentido de que las personas con enfermedades preexistentes tendrían menos probabilidades de desarrollar ansiedad. Este hallazgo podría estar relacionado con mecanismos de adaptación adquiridos, un mayor acceso a redes de apoyo o a que un gran porcentaje de estos participantes durante esta crisis sanitaria realizó trabajo remoto debido a sus condiciones médicas, estos hallazgos también ha sido reportado en estudios realizados en Europa y Canadá (8,12). Cabe subrayar que aunque otras características demográficas y laborales, como la edad, el sexo o el nivel de instrucción, no mostraron asociaciones significativas con la ansiedad, es posible que éstos factores actúen de manera indirecta o en interacción con otros elementos no considerados en este análisis, que son parte de las variaciones contextuales y culturales en la población estudiada.

En lo que atañe a los hallazgos relacionados con el objetivo específico 3 sobre los factores asociados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) post-COVID-19 en personal de salud de un hospital público del sur del Perú, se halló que la exposición directa a eventos traumáticos fue un factor clave, con una probabilidad significativamente mayor de desarrollar TEPT en aquellos trabajadores con un tiempo prolongado de trabajo ( $B = 2,606$ ,  $p = 0,043$ ,  $\text{Exp}(B) = 13,544$ ), del mismo modo en aquellos que estuvieron directamente involucrados en el manejo de pacientes críticos ( $B = 1,960$ ,  $p = 0,036$ ,  $\text{Exp}(B) = 7,103$ ). Un resultado que ha sido reflejado en antecedentes de investigación en Francia en el que los niveles de TEPT fueron mayores entre aquellos que enfrentaron alta carga laboral y aislamiento profesional (8). De igual manera es similar a lo informado en un estudio en Lima – Perú ya que se encontró que el 26 % de los trabajadores sanitarios presentaban TEPT, asociado principalmente a la exposición directa a situaciones traumáticas durante la pandemia (20).

La fortaleza del estudio fue que los hallazgos representan un aporte novedoso en el contexto del sur del Perú sobre factores específicos asociados a la salud mental del personal de salud de un hospital público del Perú. En tal sentido, las similitudes con investigaciones previas refuerzan la validez de estos hallazgos, mientras que las discrepancias sugieren la necesidad de enfoques personalizados en las intervenciones. La implementación de estrategias de soporte psicológico pertinentes y oportunas con esenciales para mitigar los efectos de futuras crisis sanitarias.

## CONCLUSIONES

1. Se demostró que los factores área de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos ( $B = 3,650$ ,  $p = 0,012$ ,  $\text{Exp}(B) = 38,487$ ) y el tiempo de trabajo de 16 a más años ( $B = 4,018$ ,  $p = 0,039$ ,  $\text{Exp}(B) = 55,597$ ), están significativamente asociadas con la probabilidad de presentar trastornos de salud mental en el personal de salud de un hospital público de Moquegua en 2023.
2. Se demostró que los factores que se asocian significativamente con la depresión en el personal de salud fueron el tiempo de trabajo de 16 a más años ( $\text{Exp}(B) = 12,369$ ,  $p = 0,048$ ) y la pérdida de familiares por COVID-19 ( $\text{Exp}(B) = 4,466$ ,  $p = 0,049$ ).
3. Se demostró que los factores que se asocian con la ansiedad en el personal de salud son ciertos entornos laborales como la Unidad de cuidados intensivos ( $\text{Exp}(B) = 6,062$ ,  $p = 0,026$ ), y la presencia de comorbilidades ( $\text{Exp}(B) = 0,225$ ,  $p = 0,022$ ) mostró una asociación inversa.
4. Se demostró que los factores asociados al trastorno de estrés postraumático en el personal de salud incluyen el área de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos ( $B = 1,960$ ,  $p = 0,036$ ,  $\text{Exp}(B) = 7,103$ ) y el tiempo de trabajo de 16 a más años ( $B = 2,606$ ,  $p = 0,043$ ,  $\text{Exp}(B) = 13,544$ ).

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la instancia correspondiente del Hospital Público de Moquegua, promover programas de apoyo psicológico, especialmente en personal de áreas críticas. Esto incluye garantizar intervenciones preventivas y/o protocolos de intervención temprana para reducir la ansiedad, depresión y estrés post-traumático derivada de las condiciones de trabajo. Esta recomendación es concordante con el Artículo 8 de la Ley N° 30947, que enfatiza la promoción de entornos laborales saludables, y con el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria que enfatiza la prevención de riesgos psicosociales, y se alinea con el ODS 3 al reducir las desigualdades en la atención de salud mental.
2. Se recomienda a la instancia correspondiente del Hospital Público de Moquegua, implementar el Programa de bienestar y salud mental para el personal de salud que tiene como base los hallazgos del presente estudio, para contribuir con la promoción de una salud mental para todos.

## **PROPUESTA**

---

### **PROGRAMA DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL PARA EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE SALUD PÚBLICO DE MOQUEGUA**

---

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo y duradero en la salud mental del personal sanitario, exponiendo de manera crítica las debilidades estructurales en los sistemas de atención. En el caso del Hospital público de Moquegua, se han identificado factores laborales, sociales y emocionales que han incrementado la incidencia de trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Estos hallazgos, obtenidos en investigaciones recientes, subrayan la necesidad de diseñar e implementar intervenciones específicas para proteger y promover el bienestar de quienes constituyen la primera línea de respuesta en el sistema de salud.

En este contexto, la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, establece un marco normativo que prioriza la atención integral, inclusiva y territorial en salud mental, destacando la importancia de proteger a las poblaciones más expuestas, como el personal de salud. De igual forma, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 propone un enfoque que integra servicios accesibles y equitativos, alineados con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal.

Con base en estas directrices, y en respuesta a las necesidades identificadas en el Hospital público de Moquegua, surge esta propuesta como una herramienta estratégica para abordar las brechas en salud mental que afectan al personal sanitario. Este programa se enfoca en la identificación y manejo de factores de riesgo, el fortalecimiento de capacidades psicológicas y la promoción de un entorno laboral resiliente, garantizando el cumplimiento de las normativas nacionales y contribuyendo al desarrollo sostenible del sistema

de salud regional. La presente iniciativa, además de alinearse con los principios de equidad y universalidad establecidos en los marcos normativos nacionales, propone acciones concretas que responden a las particularidades de la post pandemia en Moquegua. Así, busca no solo mitigar los efectos adversos de la crisis sanitaria, sino también fortalecer la capacidad del sistema de salud para afrontar desafíos futuros, asegurando el bienestar del personal de salud como pilar esencial de la atención sanitaria de calidad.

EL PROGRAMA DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL PARA EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE SALUD PÚBLICO DE MOQUEGUA se alinea con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, especialmente en lo referido a la promoción y prevención de salud mental para personal de salud (artículos 3 y 12). Asimismo, responde a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, enfatizando en el fortalecimiento de servicios integrales de salud con enfoque territorial, según lo planteado en su sección de prioridades sanitarias, dentro del marco del ODS 3, que promueve el bienestar integral de las personas.

---

### **Fundamentos**

---

Esta propuesta refuerza la infraestructura de atención de un hospital público, ya que se orienta a priorizar intervenciones dirigidas a mitigar el impacto emocional del personal de salud en la etapa post pandemia, lo que contribuirá a garantizar la disponibilidad de herramientas y recursos necesarios para enfrentar desafíos emergentes como la pandemia COVID-19. En concordancia con la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental(2), esta propuesta está en concordancia con lo establecido en el Artículo 8, que establece la promoción de entornos laborales saludables mediante la atención integral y prioritaria en salud mental, incluyendo en este caso, intervenciones para el personal de salud hospitalario, que es un servicio público esencial.

También, la propuesta se fundamenta en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (91), específicamente en el Componente 2, que enfatiza la creación de servicios especializados y accesibles en salud mental dentro de hospitales públicos. Ello comprende la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas adaptadas al contexto local. Desde un enfoque multisectorial nacional, la propuesta también responde a los lineamientos de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (92), que plantea el fortalecimiento del bienestar psicológico de los peruanos.

Finalmente, la iniciativa refuerza el cumplimiento del ODS 3, que subraya la importancia de garantizar una vida saludable y promover el bienestar en todas las etapas de la vida. Por lo que esta propuesta, no solo aborda los efectos psicológicos post pandemia, sino que contribuye con un sistema de salud más inclusivo, eficiente y sostenible.

---

## **OBJETIVO**

---

Promover la salud mental del personal del Hospital público de Moquegua mediante intervenciones basadas en evidencia, enfocadas en la reducción de factores de riesgo después de la pandemia.

---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

1. Identificar y atender factores psicosociales y laborales que impacten negativamente la salud mental del personal.

2. Proveer estrategias de soporte emocional y resiliencia frente al estrés acumulado durante y después de la pandemia.
3. Implementar un sistema de monitoreo continuo de indicadores de salud mental en el hospital, alineado a los estándares de la Ley N° 30947.(2)

---

### Cronograma de Actividades

---

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>de Fecha Término</b>	<b>de</b>
Actividades administrativas de planificación y presentación de proyecto PROGRAMA DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL PARA EL PERSONAL DE SALUD	Comité de Salud mental	2 meses	Enero 2025	Febrero 2025	
Diagnóstico inicial	Comité de Salud mental hospitalario	2 meses	Marzo 2025	Abril 2025	
Implementación de talleres de resiliencia	Equipo de psicología	3 meses	Mayo 2025	Julio 2025	

Estrategias de monitoreo psicológico	de Comité de Salud mental hospitalario	2 meses	Agosto 2025	Setiembre 2025
Evaluación de resultados	de Comité de Salud mental hospitalario	2 meses	Octubre 2025	Noviembre

---

### Recursos

---

**Humanos:**

- Psicólogos clínicos especializados
- Facilitadores capacitados en el coaching o manejo de grupos para el personal sanitario.

**Materiales:**

- Herramientas digitales para el monitoreo de indicadores de salud mental.
- Material audiovisual para talleres educativos y preventivos.

**Financieros**

- Fondos provenientes de La instancia correspondiente, en concordancia con el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental.

---

### Calendario

---

El programa se desarrollará en 2025, con fases: planificación, diagnóstico, intervención y evaluación.

---

### **Indicadores de éxito**

---

- Reducción en un 30 % de casos reportados de algún trastorno de salud mental.
- Participación del 85 % del personal en las actividades programadas.
- Implementación de un sistema de soporte psicológico permanente.

---

### **Sostenibilidad de la propuesta**

---

Esta propuesta refuerza la infraestructura de atención psicológica del hospital, asegurando que el personal disponga de herramientas adecuadas para enfrentar los desafíos derivados de la pandemia. Además, promueve el cumplimiento de las normativas nacionales y el avance hacia un sistema de salud más resiliente y equitativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Congreso de la República. Ley N° 30947 Ley de Salud Mental [Internet]. Lima: El Peruano; 2019. p. 4–12. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1772>
3. ONU. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
4. Papa A, Okun AH, Barile JP, Jia H, Thompson WW, Guerin RJ. Patterns and correlates of traumatic stress, depression, anxiety, and moral injury in U.S. health care providers late in the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2024;
5. AbdulHussein A, Butt ZA, Dimitrov S, Cozzarin B. Factors Associated With Worsened Mental Health of Health Care Workers in Canada During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *Interact J Med Res*. 2024;13:e50064.
6. Saeed F, Ghalehnovi E, Saeidi M, Ali beigi N, Vahedi M, Shalbafan M, et al. Factors associated with suicidal ideation among medical residents in Tehran during the COVID-19 pandemic: A multicentric crosssectional survey. *PLoS One* [Internet]. 2024;19(3 March):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0300394>
7. Mahikul W, Srichan P, Narkkul U, Soontarawirat I, Kitro A, Pumipuntu N, et al. Mental health status and quality of life among Thai people after the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2024;14(1):25896.

8. Rollin L, Guerin O, Petit A, Bourdon L, Guillemette S, Gislard A, et al. Post-traumatic stress disorder in hospital doctors after the COVID-19 pandemic. *Occup Med (Chic Ill)*. 2024;74(1):113–9.
9. Liang K, Yang Y, Chen K, Lv F, Du L. The risk and protective factors on the mental health of healthcare workers during the lockdown period due to covid-19 pandemic. *Sci Rep [Internet]*. 2024;14(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62288-5>
10. Cai W, Lian B, Song X, Hou T, Deng G, Li H. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian J Psychiatr [Internet]*. 2020;51(March):102111. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>
11. Petit G, Germeau N, Amory A, Banse E, Deschietere G, Luts A, et al. Situational and Personal Predictors of Mental Health Outcomes Among Health Care Workers During Covid-19: Differences Between Nurses and Physicians. *Psychiatr Danub*. 2024;36(1):94–108.
12. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz SA, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–18.
13. Saajida K, Itumeleng N, Shahieda A. A review of burnout among doctors in South Africa: Pre-, during and post-COVID-19 pandemic. *South African Fam Pract*. 2024 Dec 8;66(1):6002.
14. Gallardo-Rumbea JA, Farfán Bajaña MJ, Mautong H, Moncayo-Rizzo J, Andrade D, Cherrez-Ojeda I, et al. Psychological impact of COVID-19 on the Ecuadorian population: a comparative analysis 1 year after quarantine measures. *Front Psychol*. 2024;15(September).
15. Yslado Mendez RM, Sanchez-Broncano J, Mendoza Ramirez GD, Villarreal-Zegarra D. Prevalence and factors associated with burnout syndrome in Peruvian health professionals before the COVID-19

- pandemic: A systematic review. *Heliyon* [Internet]. 2024;10(9):e30125. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30125>
16. Caldichoury N, García-Roncallo P, Saldías C, Zurita B, Castellanos C, Herrera-Pino J, et al. Psychological Impact of COVID-19 on Health Workers During the Second Year of the Pandemic in Latin America: Cross-Sectional Survey Study. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023;(x x).
  17. Paniagua-Ávila A, Ramírez DE, Barrera-Pérez A, Calgua E, Castro C, Peralta-García A, et al. La salud mental de los trabajadores de salud en Guatemala durante la pandemia de COVID-19: resultados de base del estudio de cohortes HÉROES. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:1.
  18. Fernández-Martínez S, Armas-Landaeta C, Pérez-Aranda A, Guzmán-Parra J, Monreal-Bartolomé A, Carbonell-Aranda V, et al. Post-COVID job Stressors and Their Predictive Role on Mental Health: A Cross-Sectional Analysis Between Physicians and Nurses. *SAGE Open Nurs*. 2024;10.
  19. Espinoza-Ascurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez-Marón M, Cabrera R. Prevalence and factors associated with depression in healthcare personnel during the SARS-CoV-2 pandemic in the Department of Piura, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)*. 2024;53(1):63–72.
  20. Mendiola M del P. Efectos del estrés post traumático del COVID-19 en trabajadores del Centro de Salud Buenos Aires de Villa, Chorrillos, Lima, Perú 2021 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2023. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/4470fc26-6c8f-4f00-89ff-019865dabbcb>
  21. Alfaro Paco ER, Carlos Ayala GA, Huanca Chambi BY. Alteraciones en la salud mental derivadas de la COVID-19 en la población de Moquegua. *Investig e Innovación Rev Científica Enfermería*. 2023;3(2):31–40.
  22. Tafur Contreras S, Quispe Carmelo MA, Ayala Mendivil RE. La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico. *Rev Científica Cuid Y Salud Pública [Internet]*. 2023;3(2):53–8. Available

from:

<https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/56/273>

23. Kachadourian L, Murrough J, Kaplan C, Kaplan S, Feingold J, Feder A, et al. A prospective study of transdiagnostic psychiatric symptoms associated with burnout and functional difficulties in COVID-19 frontline healthcare workers. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2022;152(June):219–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.034>
24. Gawrych M. Mental health of medical workers during COVID-19 pandemic - literature review. *Psychiatr Pol*. 2022;56(2):289–96.
25. Peng M, Wang L, Xue Q, Yin L, Zhu BH, Wang K, et al. Post-COVID-19 Epidemic: Allostatic Load among Medical and Nonmedical Workers in China. *Psychother Psychosom*. 2021;90(2):127–36.
26. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*. 2020;148.
27. Yu H, Huang W, Yang X, Yang H, Ma H, Zhang N. Longitudinal investigation of factors influencing mental health during centralized quarantine for COVID-19. *Int Health* [Internet]. 2024;16(3):344–50. Available from: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad062>
28. Cao J, Wei J, Zhu H, Duan Y, Geng W, Hong X, et al. A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):252–4.
29. Pool M, Sorsdahl K, Myers B, van der Westhuizen C. The prevalence of and factors associated with depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic among healthcare workers in South Africa. *PLoS One* [Internet]. 2024;19(3 March):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0299584>

30. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Mensi S, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers and the General Population During the COVID-19 in Italy. *Front Psychol.* 2020;11(December).
31. Umbetkulova S, Kanderzhanova A, Foster F, Stolyarova V, Cobb-Zygodlo D. Mental Health Changes in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Eval Heal Prof.* 2024;47(1):11–20.
32. Douplat M, Termoz A, Subtil F, Haesebaert J, Jacquin L, Durand G, et al. Changes over time in anxiety, depression, and stress symptoms among healthcare workers in French emergency departments during the first COVID-19 outbreak. *J Affect Disord.* 2022;316(December 2021):194–200.
33. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):1–29.
34. Muñoz-Ortega S, Santamaría-Guayaquil D, Pluas-Borja J, Alvarado-Villa G, Sandoval V, Alvarado R, et al. Mental Health in Healthcare Workers Post-COVID-19: A Latin American Review and Insights into Personalized Management Strategies. *J Pers Med.* 2024;14(7).
35. Villalba-Arias J, Estigarribia G, Bogado JA, Méndez J, Toledo S, González I, et al. Psychological impact of covid-19 pandemic among healthcare workers in paraguay: A descriptive and preliminary study. *Med Clin y Soc.* 2020;4(3):93–7.
36. Mejia CR, Serna-Alarcón V, Vilela-Estrada MA, Armada J, Ubillus M, Beraún-Barrantes J, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder risk post-COVID-19 in 12 countries in Latin America: a cross-sectional survey. *Front Public Heal.* 2023;11(January):1–10.

37. Castillo M, Loaiza G, Tuesta F. Salud mental de los médicos residentes de un hospital de Lima Metropolitan tras el levantamiento del estado de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19 [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13214>
38. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud . Vol. 10, Ene . scieloes ; 2016. p. 0.
39. Quintero J, Universitario H, Leonor I, Mora F, Universitario H, Leonor I. Post-COVID mental health. 2020;(March).
40. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur Psychiatry. 2020;63(1).
41. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
42. Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda JC, Salgado H. Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed. 2017;28(2):75–100.
43. Boland R, Verduin M. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. 1198 p.
44. Silverio E, Jiménez D, Cruz B, Rivera A. El SARS-COV-2 y el impacto sobre el estrés postraumático : Una reflexión psicológica. Rev Electron Psicol Iztacala [Internet]. 2022;25(3). Available from: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/84739>
45. Alvites-Huamaní CG. COVID-19: pandemia que impacta en los estados de ánimo. CienciAmérica. 2020;9(2):354.
46. Macías M, Pérez C, López L, Beltrán L. Trastornos de ansiedad: revisión

- bibliográfica de la perspectiva actual Anxiety. *Neurobiol Rev electrónica* [Internet]. 2019;10(24). Available from:  
[www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html](http://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html)
47. Moreno-Proañó G. Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica*. 2020;9(2):251–5.
  48. Keegan E. La ansiedad generalizada como fenómeno: criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Rev argentina clínica psicológica*. 2007;16(1):49–56.
  49. Gil A, Cano A. Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2014; Available from: <https://psiquiatría.com/tratamientos/aplicacion-de-tecnicas-cognitivo-conductuales-en-un-caso-de-ansiedad-generalizada>
  50. Rivera D. Validación de la Escala Revisada de Impacto del Estresor en estudiantes de universidades públicas de Medellín - Colombia , en el contexto de la pandemia del COVID - 19 [Internet]. Universidad de Antioquía; 2022. Available from:  
[https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/24625/browse?type=title&sort\\_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/24625/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0)
  51. Cattaneo A, Riva MA. Stress-induced mechanisms in mental illness: A role for glucocorticoid signalling. *J Steroid Biochem Mol Biol* [Internet]. 2016;160:169–74. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsbmb.2015.07.021>
  52. Oblitas LA. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3rd ed. Vol. I. Madrid: Cengage Learning; 2010. 337–343 p.
  53. Chiba H, Oe M, Uchimura N. Patients with posttraumatic stress disorder with comorbid major depressive disorder require a higher dose of psychotropic drugs. *Kurume Med J*. 2015;62(1–2):23–8.
  54. Liu H, Petukhova M V., Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder

- with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(3):270–81.
55. García-Borjas C, Arce-Huamani M. Factors associated with post COVID-19 pandemic posttraumatic stress disorder symptoms in medical students. *Rev Neuropsiquiatr*. 2024;87(2):131–42.
  56. Lowe SR, Ratanatharathorn A, Lai BS, Van Der Mei W, Barbano AC, Bryant RA, et al. Posttraumatic stress disorder symptom trajectories within the first year following emergency department admissions: Pooled results from the International Consortium to predict PTSD. *Psychol Med*. 2021;51(7):1129–39.
  57. Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity [revista en Internet]* 2020 [acceso 13 febrero de 2021]; 87(1): 80-81. *Brain, Behav Immun* 87 [Internet]. 2020;(January):19–21. Available from: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177068/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177068/)
  58. Cooper J, Phelps AJ, Ng CH, Forbes D. Diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(12):785–9.
  59. Barnhill J. Trastorno de estrés postraumático [Internet]. 2023. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-de-estrés-postraumático>
  60. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir y Cir (English Ed)*. 2020;88(5):542–7.
  61. Fernández C. Long COVID: current definition. *Infection [Internet]*. 2022;50(1):285–6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01696-5>
  62. Dakduk S, González A, Montilla V. Relación de variables

- sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo. *Interam J Psychol.* 2008;42(2):390–401.
63. Carriel Muñoz L. ¿Qué es mobbing: acoso psicológico en el trabajo? Santiago: Departamento Salud Ocupacional-Instituto de Salud Pública de Chile; 2017.
  64. Camacho Rubio J, Olmeda García MS. Trastornos disociativos. *Med* [Internet]. 2019;12(84):4938–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.07.004>
  65. Bhaskar R. *A Realist Theory of Science With a new introduction.* New York: Routledge; 2008.
  66. Sayer A. *Method in Social Science* [Internet]. London: Routledge; 2010. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781136961915>
  67. Bergin M, Wells JSG, Owen S. Critical realism: A philosophical framework for the study of gender and mental health: Original article. *Nurs Philos.* 2008;9(3):169–79.
  68. Boon M, Van Baalen S. Epistemology for interdisciplinary research – shifting philosophical paradigms of science. *Eur J Philos Sci* [Internet]. 2019 Jan 12;9(1):16. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13194-018-0242-4>
  69. WHO. Universal health coverage (UHC). 2023; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
  70. Allen LN. Primary health care is not just a service delivery platform. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2022;10(8):e1092–3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00280-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00280-7)
  71. Saad JM, Prochaska JO. A philosophy of health: life as reality, health as a universal value. *Palgrave Commun* [Internet]. 2020;6(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/s41599-020-0420-9>

72. OECD/Eurostat. Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation [Internet]. 4th ed. The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities OP, editor. The Measurement of Scientific; Technological and Innovation Activities. Luxembourg: Paris/Eurostat; 2018. 1–258 p. Available from: <https://www.oecd.org/science/oslo-manual-2018-9789264304604-en.htm>
73. Hernández V. Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. Enferm Inflamatoria Intest al Día [Internet]. 2017 Sep;16(3):98–105. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1696780117300209>
74. Hernández Galicia R, Dworaczek Conde HO, Garay Romero IC, Hernández Sampieri R, Romero Andrade MG. Manual de Investigación Epidemiológica. 1º Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Fundación Universidad Autónoma de Colombia; 2016. 106 p.
75. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4th ed. Madrid: Elsevier; 2013. 107 p.
76. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, 2014. Biomédica [Internet]. 2016 Oct 31;37. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3221>
77. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2019;147(1):53–60. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000100053&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
78. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. Blanch A, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Sep 9;14(9):e0221717. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0221717>
79. Cehua E, Virú H, Alburqueque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Valencia JG, Matta GAG, et al. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. Vol. 22, Revista de la Facultad de Medicina Humana. scielo; 2022. p. 540–6.
  80. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. Arch Intern Med [Internet]. 2006 May 22;166(10):1092. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.166.10.1092>
  81. Garcia-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Perez-Paramo M, Lopez-Gomez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2010;8(1):8. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-8>
  82. Porto MF, Ocampo-Barba N, Flores-Valdivia G, Caldichoury N, López N. Propiedades psicométricas del GAD-7 para detectar ansiedad generalizada en profesionales sanitarios de Bolivia. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2022 Mar 31;39(1):115–6. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/8620>
  83. González Zabala AG, Olivera M, Guiragossian S, Simkin H. Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Rev Ciencias Empres y Soc. 2022;8(5):121–35.
  84. Caamaño W L, Fuentes M D, González B L, Melipillán A R, Sepúlveda C M, Valenzuela G E. Adaptación y validación de la versión chilena de la

- escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Rev Med Chil* [Internet]. 2011 Sep;139(9):1163–8. Available from:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000900008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000900008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
85. Scott M, Flaherty D, Currall J. Statistics: dealing with categorical data. *J Small Anim Pract* [Internet]. 2012 Nov;n/a-n/a. Available from:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-5827.2012.01298.x>
  86. Fritz M, Berger PD. Chapter 11 - Will anybody buy? Logistic regression. In: Fritz M, Berger PDBT-I the UETPDA, editors. Boston: Morgan Kaufmann; 2015. p. 271–304. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128006351000112>
  87. Fávero LP, Belfiore P, de Freitas Souza R. Binary and multinomial logistic regression models. In: Fávero LP, Belfiore P, de Freitas Souza Analytics and Machine Learning with R RBT-DS, editors. Academic Press; 2023. p. 259–83. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128242711000081>
  88. Shrestha B, Dunn L. The Declaration of Helsinki on Medical Research involving Human Subjects: A Review of Seventh Revision. *J Nepal Health Res Counc.* 2020;17(4):548–52.
  89. Alvarez R. Ética en la investigación clínica: Desafíos del consentimiento informado. In: Bustamante Cabrera GI, editor. *Bioética, pandemia y justicia social* [Internet]. La Paz: Comité Iberoamericano de Ética y Bioética; 2022. Available from:  
[https://www.comiteiberoamericanobioetica.com/\\_files/ugd/cd1316\\_4cdc171f3a8b4270bb8c0ddca7e2a802.pdf](https://www.comiteiberoamericanobioetica.com/_files/ugd/cd1316_4cdc171f3a8b4270bb8c0ddca7e2a802.pdf)
  90. Noguera Novoa CN, Sarmiento-Melendez YT, Sierra-Hincapié GM, González-Díaz JM. Depressive Symptoms in Healthcare Workers Two

Years After the Start of the COVID-19 Pandemic in Bogotá, Colombia.  
Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2023;(x x). Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.006>

91. MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Minsa [Internet]. 2018;100. Available from:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
92. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. Minsa [Internet]. 2020;1–243. Available from:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.pdf>

## **ANEXOS**

## **Anexo 01: Ficha de recolección de datos**

Estimado Participante,

Por favor, lea los enunciados y las preguntas con atención y responda de manera genuina.

### **I. DATOS GENERALES:**

1. Edad:....años
2. Sexo:
  - a. Femenino
  - b. Masculino
  
3. Peso
4. Talla
5. Grado de instrucción
  - a. Superior Universitario Completo
  - b. Superior Universitario Incompleto
  - c. Formación Técnica Completa
  - d. Formación Técnica Incompleta
  
6. Grupo ocupacional
  - a. Profesional médico
  - b. Profesional no médico
  - c. Personal técnico
  - d. Auxiliar
  
7. Área de trabajo
  - a. UCI
  - b. Emergencia
  - c. Hospitalización
  - d. Centro quirúrgico
  - e. Consulta externa

- f. Otro ....especifique
- 
- 8. Condición de trabajo
    - a. 728/ 276
    - b. CAS
    - c. CAS COVID
    - d. Terceros
  - 9. Tiempo de trabajo en la institución  
Años .....
  - 10. ¿Atendió a pacientes COVID-19?
    - a. NO
    - b. SI
  - 11. ¿Consideró suficiente la disponibilidad de EPP?
    - a. Muy insuficiente
    - b. Insuficiente
    - c. Neutro
    - d. Suficiente
    - e. Muy suficiente
  - 12. ¿Le diagnosticaron la COVID-19?
    - a. NO
    - b. SI
  - 13. Nivel de severidad de la COVID-19
    - a. Leve
    - b. Moderada
    - c. Severo
  - 14. ¿Presentó síntomas persistentes de la COVID-19?
    - a. NO
    - b. SI
  - 15. ¿Presenta alguna COMORBILIDAD?
    - a. NO
    - b. SI

MENCIÓNELA:.....

16. GRAVEDAD DE LA COVID-19 autopercebida
  - a. Leve
  - b. Moderado
  - c. Grave
  - d. Críticamente enfermo
17. Miembro de la familia con diagnóstico de COVID-19
  - a. No
  - b. Si
18. Fallecimiento de un familiar por COVID-19
  - a. NO
  - b. SI

Anexo 2: Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) (DEPRESIÓN)

<b>Durante las <u>últimas 2</u> semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b> <i>(Marque con un para indicar su respuesta)</i>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
<b>1.</b> Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
<b>2.</b> Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
<b>3.</b> Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
<b>4.</b> Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
<b>5.</b> Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
<b>6.</b> Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
<b>7.</b> Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3

<b>8.</b> ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal				
	0	1	2	3
<b>9.</b> Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera				
	0	1	2	3

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas.

### Anexo 3. ESCALA GAD-7 (ANSIEDAD)

(Versión española de la escala Generalized Anxiety Disorder-7)

Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo.

En los últimos 15 días, señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	0	1	2	3
2. No ha podido dejar de preocuparse.	0	1	2	3
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse.	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.	0	1	2	3
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad.	0	1	2	3
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	0	1	2	3

**Rango Severidad:**

\_\_\_ 0-4: Mínimo

\_\_\_ 5-9: Leve

\_\_\_ 10-14: Moderado

\_\_\_ 15-21: Severo

**Anexo 4. Escala de impacto de evento-revisada (EIE-R) versión chilena.  
(Estrés postraumático)**

A continuación, se presenta una lista de dificultades que a veces tienen las personas después de haber vivido un evento traumático (como enfermarse con COVID-19). Lea cada elemento y luego indique cuán estresante ha sido para usted cada dificultad DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS con respecto a la situación de haber enfermarse con COVID-19.

<b>¿Cuánto le molestaron y afligieron estas dificultades?</b>	<b>0=No/nunca</b>	<b>1=Sí, un poco</b>	<b>2=Sí, moderadamente</b>	<b>3=Sí, bastante</b>	<b>4=Sí, extremadamente</b>
1. Cualquier recuerdo me hacía sentir lo que sentí antes					
2. Tenía problemas para permanecer dormido.					
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso					
4. Me sentía irritable y enojado					
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.					
6. Pensaba en ello aun cuando no quería					
7. Sentía como si no hubiese sentido o no fuese real.					

8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido					
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente					
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.					
11. Intentaba no pensar en el suceso					
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver					
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos					
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento					
15. Tenía problemas para conciliar el sueño					
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido					
17. Intentaba apartarlo de mi memoria					
18. Tenía problemas de concentración					
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones					

fisiológicas tales como traspiración, dificultad al respirar náuseas o taquicardia					
20. Soñaba con lo sucedido					
21. Me sentía vigilante o en guardia					
22. Intentaba no hablar de ello					

Recordar: Ninguno (0-8), leve (9-25), moderada (26-43) y grave (44-88).

### **DEPRESION**

NINGUN DIA	0
VARIOS DIAS	1
MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS	2
CASI TODOS LOS DIAS	3

<b>PUNTAJE</b>	<b>GRADO DE DEPRESION</b>
0-4	NINGUNO
5-9	LEVE
10-14	MODERADO
15-19	MODERADAMENTE GRAVE
20-27	GRAVE

### **ANSIEDAD**

NUNCA	0
MENOS DE LA MITAD DE LOS DIAS	1
MÁS DE LA MITAD DE LOS DIAS	2
CASI TODOS LOS DIAS	3

<b>PUNTAJE</b>	<b>GRADO DE ANSIEDAD</b>
0-4	NINGUNA
5-9	LEVE
10-14	MODERADA
15-21	ANSIEDAD SEVERA

### **ESTRÉS POST-TRAUMATICO**

NO/NUNCA	0
SÍ, UN POCO	1

SÍ, MODERADAMENTE	2
SÍ, BASTANTE	3
SÍ, EXTREMADAMENTE	4

PUNTAJE	GRADO
0-8	NINGUNO
9-25	LEVE
26-43	MODERADO
44-88	GRAVE

## **Anexo 5: Consentimiento informado**

Estimado participante:

Estoy llevando a cabo la investigación titulada: Factores asociados a los trastornos de salud mental Post-COVID-19, en personal de salud de un hospital público del sur del Perú, 2023.

Le hago llegar el presente cuestionario para solicitar su colaboración en esta encuesta

Información sobre el estudio

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar los factores asociados a la ansiedad, el estrés post-traumático y la depresión en el personal de salud post-COVID-19. Este estudio busca generar conocimientos que permitan mejorar las estrategias de apoyo a la salud mental en contextos laborales del sector salud.

Se le pedirá que complete cuatro cuestionarios en línea, cada uno diseñado para evaluar diferentes aspectos:

Factores relacionados con su entorno laboral y personal.

Un cuestionario para medir la ansiedad.

Un cuestionario para medir el estrés post-traumático

Un cuestionario para medir la depresión.

El tiempo estimado para completar los cuestionarios es de 30 a 40 minutos en total. Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin justificación ni consecuencias. Algunas preguntas tienen un formato de respuestas con alternativas y en otras son de respuestas abiertas, para completar con texto. Algunas preguntas podrían generar incomodidad

emocional. Si esto ocurre, puede omitirlas o retirarse del estudio en cualquier momento.

### **Confidencialidad y privacidad**

Toda la información proporcionada será confidencial y anónima. Los datos serán almacenados en una base segura y utilizados exclusivamente para fines de investigación científica. En los resultados publicados no se incluirán datos que permitan identificarle personalmente. Los resultados serán presentados en un informe académico (tesis) y también en una publicación. Sin embargo, se garantizará el anonimato de los participantes.

### **Contacto del investigador**

Si tiene preguntas sobre el estudio o necesita más información, puede contactarse con la Doctoranda Madeleyni Mariaca Mamani en este correo (saludmental661@gmail.com )

### **Consentimiento**

He leído y comprendido la información proporcionada. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento. Acepto responder los cuatro cuestionarios en línea como parte de este estudio.

Para participar, haga clic en el botón *Aceptar* a continuación: (Botón: Aceptar y continuar)

Muchas gracias por su tiempo y disposición. Le agradecemos sinceramente su colaboración y la veracidad de sus respuestas. Su participación es fundamental para el éxito de esta investigación y para promover mejoras en la salud mental del personal de salud.

## Anexo 6. Base de datos

GRUPO_EI	Sexo	Peso	Edad	Talla	IMC	instrucció	GrupoOcu	ÁreaTra	areatrabaj
1,00	1,0	62,0	27	1,58	24,84	1,0	2,0	4,0	4,00
3,00	1,0	56,0	60	1,52	24,24	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	1,0	67,0	48	1,67	24,02	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	55,0	43	1,53	23,50	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	64,0	45	1,60	25,00	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	53,0	48	1,50	23,56	1,0	2,0	4,0	4,00
3,00	1,0	72,0	68	1,60	28,13	1,0	2,0	2,0	2,00
2,00	1,0	56,0	40	1,55	23,31	1,0	3,0	4,0	4,00
2,00	1,0	73,0	51	1,65	26,81	3,0	3,0	4,0	4,00
2,00	1,0	55,1	36	1,67	19,76	1,0	2,0	2,0	2,00
2,00	1,0	78,0	44	1,67	27,97	3,0	3,0	6,0	5,00
2,00	2,0	125,0	48	1,87	35,75	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	2,0	74,0	38	1,77	23,62	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	59,0	34	1,56	24,24	1,0	2,0	2,0	2,00
2,00	1,0	80,0	47	1,65	29,38	3,0	3,0	1,0	1,00
2,00	1,0	100,0	34	1,83	29,86	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	70,0	36	1,68	24,80	1,0	2,0	6,0	5,00
2,00	1,0	57,0	47	1,55	23,73	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	1,0	58,0	30	1,55	24,14	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	2,0	95,0	53	1,73	31,74	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	2,0	72,0	42	1,73	24,06	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	65,0	35	1,56	26,71	1,0	2,0	2,0	2,00
2,00	1,0	63,0	35	1,56	25,89	3,0	3,0	3,0	3,00
2,00	1,0	58,0	37	1,57	23,53	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	74,0	50	1,70	25,61	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	1,0	67,0	34	1,68	23,74	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	53,0	37	1,58	21,23	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	1,0	67,0	39	1,57	27,18	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	1,0	61,0	41	1,50	27,11	1,0	2,0	2,0	2,00
2,00	1,0	77,0	46	1,50	34,22	1,0	2,0	6,0	5,00
2,00	1,0	59,0	34	1,58	23,63	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	2,0	73,0	40	1,63	27,48	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	1,0	74,0	35	1,57	30,02	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	80,0	40	1,75	26,12	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	72,0	42	1,69	25,21	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	70,0	37	1,63	26,35	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	2,0	89,0	45	1,68	31,53	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	1,0	63,0	31	1,49	28,38	1,0	2,0	1,0	1,00
2,00	1,0	80,0	53	1,62	30,48	1,0	1,0	6,0	5,00

2,00	1,0	61,0	36	1,61	23,53	1,0	2,0	4,0	4,00
1,00	1,0	63,0	28	1,55	26,22	3,0	3,0	5,0	5,00
2,00	2,0	65,0	45	1,65	23,88	3,0	3,0	6,0	5,00
2,00	2,0	93,0	31	1,86	26,88	1,0	1,0	1,0	1,00
2,00	2,0	93,0	53	1,73	31,07	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	1,0	80,0	45	1,64	29,74	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	1,0	69,0	30	1,68	24,45	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	64,5	45	1,59	25,51	3,0	3,0	3,0	3,00
2,00	2,0	72,0	56	1,70	24,91	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	55,0	40	1,50	24,44	3,0	3,0	4,0	4,00
2,00	1,0	61,0	55	1,65	22,41	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	1,0	59,0	30	1,59	23,34	3,0	3,0	3,0	3,00
2,00	1,0	71,0	48	1,54	29,94	3,0	3,0	3,0	3,00
2,00	1,0	80,0	32	1,62	30,48	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	2,0	90,0	35	1,69	31,51	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	2,0	58,0	32	1,57	23,53	3,0	3,0	3,0	3,00
1,00	2,0	80,0	26	1,67	28,69	1,0	3,0	2,0	2,00
2,00	1,0	68,0	40	1,55	28,30	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	2,0	73,0	42	1,69	25,56	1,0	1,0	2,0	2,00
3,00	1,0	70,0	62	1,62	26,67	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	1,0	46,0	32	1,53	19,65	1,0	2,0	1,0	1,00
2,00	2,0	82,0	56	1,70	28,37	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	1,0	64,0	34	1,59	25,32	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	1,0	54,0	43	1,53	23,07	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	112,0	33	1,63	42,15	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	2,0	100,0	53	1,79	31,21	1,0	1,0	4,0	4,00
3,00	1,0	82,0	60	1,50	36,44	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	1,0	99,0	43	1,57	40,16	3,0	3,0	4,0	4,00
2,00	1,0	63,0	47	1,63	23,71	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	1,0	62,0	36	1,72	20,96	1,0	2,0	5,0	5,00
2,00	1,0	69,0	47	1,56	28,35	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	1,0	57,0	57	1,54	24,03	3,0	3,0	5,0	5,00
3,00	1,0	74,0	68	1,53	31,61	3,0	3,0	5,0	5,00
2,00	2,0	77,6	38	1,70	26,85	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	2,0	100,0	57	1,70	34,60	1,0	2,0	6,0	5,00
2,00	2,0	81,0	51	1,62	30,86	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	2,0	110,0	49	1,70	38,06	3,0	3,0	4,0	4,00
2,00	1,0	70,0	31	1,44	33,76	3,0	3,0	2,0	2,00
2,00	2,0	66,0	52	1,70	22,84	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	2,0	95,0	53	1,73	31,74	1,0	2,0	5,0	5,00

2,00	2,0	85,0	36	1,69	29,76	1,0	1,0	5,0	5,00
1,00	2,0	77,0	28	1,80	23,77	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	88,0	37	1,80	27,16	1,0	1,0	2,0	2,00
2,00	2,0	95,0	51	1,72	32,11	1,0	1,0	5,0	5,00
2,00	2,0	92,0	50	1,82	27,77	1,0	1,0	1,0	1,00
2,00	2,0	75,0	40	1,65	27,55	1,0	1,0	1,0	1,00
2,00	1,0	44,0	32	1,53	18,80	3,0	3,0	6,0	5,00
2,00	1,0	76,0	49	1,61	29,32	1,0	2,0	4,0	4,00
2,00	2,0	80,0	39	1,68	28,34	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	1,0	55,5	36	1,67	19,90	1,0	2,0	2,0	2,00
3,00	1,0	66,0	67	1,50	29,33	1,0	1,0	3,0	3,00
3,00	1,0	64,0	63	1,50	28,44	1,0	2,0	3,0	3,00
2,00	2,0	100,0	34	1,69	35,01	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	91,0	49	1,70	31,49	1,0	2,0	6,0	5,00
3,00	2,0	63,0	70	1,58	25,24	1,0	1,0	5,0	5,00
1,00	1,0	65,0	27	1,60	25,39	1,0	1,0	5,0	5,00
3,00	1,0	83,0	62	1,56	34,11	3,0	3,0	5,0	5,00
3,00	2,0	63,0	70	1,58	25,24	1,0	1,0	3,0	3,00
2,00	2,0	98,0	39	1,73	32,74	1,0	1,0	4,0	4,00
2,00	2,0	89,0	34	1,70	30,80	1,0	1,0	4,0	4,00

CondTrab	tiempo_r	tiempo_tr	AtendióP	DispEPP	epplog	DiagCovid	Severidad	SíntPersC	Comobilic
4,0	0,30	1,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	24,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	8,00	3,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	13,00	4,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	14,50	4,00	2,0	4,0	0,00	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	34,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	3,60	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	16,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
2,0	5,40	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	2,0	1,0
2,0	5,00	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	13,00	4,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
4,0	3,00	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
4,0	4,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	1,0
2,0	5,00	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	5,00	2,00	2,0	1,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	6,00	3,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	23,00	5,00	1,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
4,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	25,00	5,00	2,0	4,0	0,00	1,0	1,0	1,0	2,0
1,0	5,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
4,0	3,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	6,00	3,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	8,00	3,00	2,0	1,0	1,00	2,0	1,0	2,0	1,0
1,0	10,00	3,00	2,0	1,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	5,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	1,0
4,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	12,00	4,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	10,00	3,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
4,0	5,00	2,00	2,0	2,0	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	7,00	3,00	2,0	5,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	4,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	15,00	4,00	2,0	2,0	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0
2,0	3,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	3,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	5,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
3,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	18,00	5,00	2,0	1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	7,00	3,00	2,0	2,0	1,00	2,0	3,0	1,0	1,0

4,0	0,20	1,00	1,0	4,0	0,00	1,0	2,0	1,0	1,0
1,0	12,00	4,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	2,0	1,0
4,0	3,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	25,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
4,0	5,00	2,00	2,0	5,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
2,0	1,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	12,60	4,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	13,00	4,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	5,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	1,0
1,0	24,40	5,00	1,0	2,0	1,00	1,0	1,0	1,0	2,0
4,0	3,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	3,0	1,0	1,0
2,0	6,60	3,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	1,0
3,0	2,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,00	2,0	4,0	0,00	1,0	1,0	1,0	1,0
2,0	4,00	2,00	2,0	2,0	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	3,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	4,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	1,0
2,0	4,00	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
2,0	6,00	3,00	1,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	6,00	3,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	20,00	5,00	2,0	3,0	1,00	2,0	2,0	1,0	1,0
3,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	7,00	3,00	2,0	5,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	5,60	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	2,0
2,0	5,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	2,0	1,0	2,0
1,0	35,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	2,00	2,00	2,0	5,0	0,00	2,0	1,0	2,0	2,0
1,0	15,00	4,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	2,0	2,0
1,0	4,00	2,00	2,0	2,0	1,00	1,0	1,0	1,0	2,0
1,0	21,00	5,00	2,0	1,0	1,00	2,0	2,0	2,0	2,0
1,0	1,00	2,00	1,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	36,00	5,00	1,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	2,0
2,0	2,40	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	21,00	5,00	2,0	2,0	1,00	2,0	3,0	1,0	1,0
1,0	24,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	1,0	2,0
1,0	11,00	4,00	1,0	1,0	1,00	2,0	2,0	1,0	2,0
3,0	2,00	2,00	2,0	4,0	0,00	1,0	3,0	1,0	1,0
1,0	15,00	4,00	2,0	4,0	0,00	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	25,00	5,00	2,0	4,0	0,00	1,0	1,0	1,0	2,0
1,0	4,00	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	1,0	2,0

4,0	1,50	2,00	2,0	5,0	0,00	2,0	1,0	1,0	1,0
2,0	5,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	25,00	5,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	5,80	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	2,00	2,00	2,0	1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	3,00	2,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	2,0	2,0
1,0	15,00	4,00	2,0	2,0	1,00	2,0	2,0	2,0	2,0
1,0	2,00	2,00	2,0	3,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0
2,0	5,50	2,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0
1,0	43,00	4,00	1,0	2,0	1,00	2,0	2,0	2,0	2,0
1,0	38,60	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
4,0	0,30	1,00	2,0	4,0	0,00	2,0	2,0	2,0	2,0
1,0	20,00	5,00	2,0	1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	38,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
4,0	0,10	1,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	2,0	1,0
1,0	42,00	5,00	1,0	5,0	0,00	2,0	2,0	1,0	2,0
1,0	38,00	5,00	2,0	4,0	0,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	10,00	3,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	0,50	1,00	2,0	2,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0

GravAuto	gravee	MiemFam	PD1_phq	PD2_phq	PD3_phq	PD4_phq	PD5_phq	PD6_phq	PD7_phq
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	2,0	1,0	3,0	3,0	3,0	1,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0

3,0	3,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
4,0	3,00	2,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	3,0	1,0	1,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	2,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	2,0	3,0	0,0	2,0	0,0
1,0	1,00	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	2,0	1,0	3,0	3,0	1,0	2,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	2,0	1,0	3,0	1,0	1,0	2,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
4,0	3,00	2,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	3,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	1,0
4,0	3,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	2,0	0,0	0,0
2,0	2,00	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0

1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	2,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
3,0	3,00	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0
2,0	2,00	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,00	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,00	1,0	1,0	0,0	2,0	1,0	2,0	0,0	1,0
2,0	2,00	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,00	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,00	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
1,0	1,00	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0

PD8_phq	PD9_phq	PA1gad	PA2gad	PA3gad	PA4gad	PA5gad	PA6gad	PA7gad	PT1eir	PT2eir
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	3,0	2,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	0,0	1,0	2,0	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	3,0	1,0
0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	3,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0

0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
2,0	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	2,0	0,0	1,0	1,0	2,0	0,0	2,0	1,0	2,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
1,0	0,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	3,0
0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	0,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0	3,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,0	0,0	0,0

0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0
1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1,0	0,0	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0	2,0	3,0	3,0	0,0
3,0	0,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	2,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0

PT3eir	PT4eir	PT5eir	PT6eir	PT7eir	PT8eir	PT9eir	PT10eir	PT11eir	PT12eir
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	2,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0

0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0
0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	3,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	3,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	2,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
2,0	0,0	1,0	2,0	3,0	2,0	3,0	1,0	1,0	3,0
0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	3,0	2,0	1,0	2,0	3,0	2,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	2,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0
1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	3,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	3,0	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	3,0
2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0
2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0
1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0

PT13eir	PT14eir	PT15eir	PT16eir	PT17eir	PT18eir	PT19eir	PT20eir	PT21eir	PT22eir
1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	2,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	3,0	3,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	2,0	2,0	4,0	1,0	3,0	1,0	0,0	1,0	2,0
1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	3,0	1,0	3,0
1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0
2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0
0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	2,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	3,0	1,0	3,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0
2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0
0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0
1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	2,0	1,0	0,0	1,0	2,0

ARTÍCULO ORIGINAL

## DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DEL PERÚ, 2023

### DEPRESSION, ANXIETY AND POST-TRAUMATIC STRESS AFTER THE COVID-19 PANDEMIC IN THE HEALTH STAFF OF A PUBLIC HOSPITAL IN SOUTHERN PERU, 2023

Madeleyni Helen Mariaca Mamani

Hospital II Moquegua Es Salud

Maestro en Docencia Universitaria y Gestión Educativa

#### RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático tras la pandemia COVID-19 en el personal de salud de un hospital público del sur del Perú. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo, transversal en 188 trabajadores del Hospital II Moquegua EsSalud. La muestra se seleccionó mediante una fórmula de población finita, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. Para la recolección de datos se emplearon tres instrumentos validados: el PHQ-9 para evaluar la depresión, el GAD-7 para la ansiedad y el EIE-R para el estrés postraumático. Los datos obtenidos se analizaron mediante el software SPSS. **Resultados:** El 45,21 % del personal experimentó síntomas de depresión, distribuidos en niveles leve (22,34 %), moderado (15,96 %) y en menor proporción, niveles moderadamente grave y grave. En cuanto a la ansiedad, el 46,81 % de los encuestados presentó síntomas, con predominio en niveles leve (25,53 %) y moderado (17,02 %). En relación al estrés postraumático, el 53,2 % reportó síntomas, principalmente en niveles leves (35,11 %) y moderados (13,3 %). **Conclusiones:** Los resultados sugieren que una proporción considerable del personal de salud aún enfrenta síntomas de trastornos mentales tras la pandemia COVID-19, destacándose la prevalencia del estrés postraumático en más de la mitad de los encuestados. Esto subraya la necesidad de implementar estrategias de apoyo y seguimiento para abordar este problema y mitigar sus efectos en la calidad de vida del personal afectado.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, estrés, personal de salud, postraumático, salud mental, COVID-19

#### ABSTRACT

**Objective:** To establish the prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress after the COVID-19 pandemic in health personnel at a public hospital in southern Peru. **Materials and Methods:** Descriptive, cross-sectional study in 188 workers at Hospital II Moquegua EsSalud. The sample was selected using a finite population formula, with a confidence level of 95% and a margin of error of 5%. Three validated instruments were used to collect data: the PHQ-9 to assess depression, the GAD-7 for anxiety, and the EIE-R for post-traumatic stress. The data obtained were analyzed using SPSS software. **Results:** 45.21% of the staff experienced symptoms of depression, distributed at mild (22.34%), moderate (15.96%) and, to a lesser extent, moderately severe and severe levels. Regarding anxiety, 46.81% of those surveyed presented symptoms, with a predominance of mild (25.53%) and moderate (17.02%) levels. In relation to post-traumatic stress, 53.2% reported symptoms, mainly at mild (35.11%) and moderate (13.3%) levels. **Conclusions:** The results suggest that a considerable proportion of health personnel still face symptoms of mental disorders after the COVID-19 pandemic, highlighting the prevalence of post-traumatic stress in more than half of those surveyed. This highlights the need to implement support and monitoring strategies to address this problem and mitigate its effects on the quality of life of affected personnel.

**Keywords:** anxiety, depression, stress, healthcare workers, post-traumatic, mental health, COVID-19

## INTRODUCCIÓN

El virus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) agente etiológico del COVID-19 (coronavirus disease-19) desencadenó una pandemia de tal magnitud que causó el colapso de los sistemas de salud a nivel global y una profunda fractura económica y social (1).

Una de las consecuencias que trajo consigo esta crisis mundial que atravesamos fue el acrecentamiento de los trastornos de la salud mental en toda la población, provocando el resquebrajamiento de la calidad de vida de las personas afectadas (2). Los trabajadores de la salud no fueron ajenos a esta realidad ya que esta epidemia significó enfrentarse a desafíos sin precedentes en el ámbito de la salud pública, impactando de manera particular en el funcionamiento y en la carga de trabajo de los hospitales. A medida que los contagios se propagaban de forma acelerada, los hospitales enfrentaron sobrecargas en sus capacidades operativas, lo cual obligó a los trabajadores de salud a realizar extensas jornadas en condiciones de alta presión y exposición al virus (3). Esta situación aumentó de manera considerable el agotamiento físico y emocional del personal de salud, quienes además de enfrentarse a un alto riesgo de contagio, vivieron constantemente bajo la incertidumbre de llevar el virus a sus hogares y exponer a sus familias (4).

Las dificultades propias de la labor en medio de la pandemia intensificaron el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental entre los trabajadores de salud. Ante el constante contacto con pacientes infectados y la experiencia de pérdidas masivas, el personal sanitario fue particularmente vulnerable a desarrollar síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, efectos que, en muchos casos, han perdurado más allá de los momentos críticos de la pandemia (5). La situación de crisis prolongada y el contexto de alta demanda han evidenciado que los trabajadores de salud han experimentado niveles significativos de sufrimiento psicológico, que afecta tanto su bienestar personal como su desempeño laboral (6).

El personal sanitario, además de enfrentarse a la amenaza física del virus, ha debido lidiar con un conjunto de factores psicosociales adversos, tales como el aislamiento de sus redes de apoyo, el aumento de la carga laboral, y la constante exposición a situaciones emocionalmente desgastantes (4). La presión generada por estas condiciones no solo alteró su entorno laboral, sino que, en numerosos casos, también propició la aparición de trastornos de salud mental, exacerbados por el temor constante al contagio y a la pérdida de seres queridos. Estudios previos han resaltado que, entre los profesionales de la salud, el riesgo de trastornos mentales es mayor en comparación con la población general debido a la naturaleza de su trabajo y a la carga emocional que este implica. Entre los trastornos mentales de mayor prevalencia en este

grupo, destacan la depresión, ansiedad y el estrés postraumático (7).

La depresión se caracteriza por un estado persistente de tristeza y pérdida de interés en actividades cotidianas, que pueden ir en conjunto con cambios somáticos y cognitivos que van afectar de manera considerable la capacidad funcional del individuo. Se manifiesta a través de síntomas como fatiga, poca energía, falta de atención, dificultad para dormir, con despertares tempranos (insomnio terminal), falta de apetito y dificultad para encontrar satisfacción en el trabajo (8) todas estas manifestaciones generan un impacto negativo en el desempeño profesional y en la vida personal (9).

La ansiedad, por su parte, incluye sensaciones de miedo e inquietud extrema (anticipación aprensiva), que se presenta de manera persistente sobre una diversidad de actividades, resultando desproporcionadas a la probabilidad o al impacto del suceso anticipado. Las preocupaciones abarcan desde escenarios habituales de la vida como responsabilidades en el trabajo, salud o asuntos de escasa importancia como las tareas del hogar (10).

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno psicológico que se desarrolla tras experimentar un evento traumático o perturbador, en el cual la persona percibe un riesgo significativo de daño físico o muerte (11,12). Presenta síntomas como la re-experimentación de eventos traumáticos y una constante hipervigilancia, lo que lleva a una merma significativa en el bienestar emocional del trabajador (13).

A pesar del tiempo transcurrido de una de las peores crisis causadas por la pandemia COVID-19 resulta valioso investigar el estado actual de la salud mental de los trabajadores de la salud, esto permitirá entender mejor las secuelas del COVID-19 en este aspecto en quienes estuvieron en primera línea durante esta crisis sanitaria. Este conocimiento es fundamental para el diseño de políticas de salud ocupacional y de apoyo psicológico específicas para los trabajadores de salud.

Esta investigación es relevante no solo para comprender el impacto del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de salud, sino también para establecer estrategias preventivas y de intervención ante futuras crisis. La salud mental en este grupo es esencial para asegurar la calidad de la atención en salud y el funcionamiento adecuado del sistema hospitalario, lo cual subraya la necesidad de estudios detallados que guíen políticas institucionales y gubernamentales.

Así, el objetivo de esta investigación es establecer la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático tras la pandemia COVID-19 en el personal de salud de un hospital público del sur del Perú. Este estudio proporcionará una base sólida para futuras investigaciones y acciones en salud mental, y será de gran utilidad para el desarrollo de programas de apoyo destinados a mejorar el

bienestar psicológico del personal sanitario.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal (14). La población estudiada estuvo compuesta por 364 trabajadores del Hospital II Moquegua EsSalud, que incluyó sólo a personal que realizaba labor asistencial. Para determinar el tamaño de la muestra, se empleó una fórmula para población finita, obteniéndose una muestra representativa de 188 trabajadores de salud. En esta fórmula se consideraron los siguientes parámetros: un nivel de confianza del 95 % ( $Z = 1,96$ ), una proporción esperada del evento de 0,5 (p) y un margen de error del 5 % ( $E = 0,05$ ). De esta manera, se garantizó que la muestra fuera estadísticamente significativa y representativa de la población en estudio.

Para seleccionar a los participantes, se establecieron criterios específicos de inclusión, que consideraron al personal asistencial que venía laborando más de un mes en el hospital y que aceptó participar en la encuesta virtual. En cuanto a los criterios de exclusión, se omitieron al personal administrativo y trabajadores que no desearan participar en la investigación.

Para la aplicación de la encuesta se tuvo el consentimiento del participante de manera voluntaria e informada. Los datos conseguidos fueron tratados con confidencialidad, garantizando en todo momento el anonimato del personal participante.

Previamente se contó con la aprobación del Comité de ética en investigación y autorización por parte del Director del Hospital II Moquegua EsSalud para la realización de esta investigación.

En la recolección de datos se emplearon tres instrumentos validados y ampliamente utilizados en la evaluación de salud mental. Para medir la depresión, se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (15,16), una escala de 9 ítems que evalúa la frecuencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas, categorizando los resultados en niveles de gravedad de ninguno a grave. Para la ansiedad, se aplicó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (17,18), que consta de 7 ítems y mide los síntomas de ansiedad reciente, los resultados van de la categoría ninguna a la categoría severa. Finalmente, para evaluar el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), se utilizó la Escala de Impacto de Evento Revisada (EIE-R) (19), que mide el grado de sufrimiento causado por un evento de vida estresante, en este caso, la pandemia de COVID-19. La EIE-R clasifica los resultados en niveles de gravedad de ninguno a grave.

El análisis de datos se realizó mediante el software estadístico SPSS, que permitió organizar, codificar y procesar los resultados en tablas y gráficos estadísticos, facilitando la interpretación de los datos obtenidos.

### RESULTADOS

Los resultados de la investigación revelaron que un 54,79 % de los encuestados no mostró síntomas de depresión, lo que sugiere que más de la mitad del personal de salud logró mantener un equilibrio emocional adecuado tras la pandemia, quizás por sus habilidades de afrontamiento o redes de apoyo eficaces. Sin embargo, un 22,34 % presentó depresión leve, lo que indica una vulnerabilidad emocional leve en casi una cuarta parte del personal. En niveles de depresión moderada, un 15,96 % del personal.

Para los casos de depresión moderadamente grave y grave, los porcentajes fueron del 6,38 % y 0,53 %, respectivamente, aunque representan una minoría, estos niveles indican una severa afectación emocional en un grupo reducido, lo cual puede requerir de intervención psicológica o psiquiátrica especializada. Estos datos reflejan que, si bien la mayoría del personal se mantuvo estable emocionalmente o solo mostró síntomas leves, una parte significativa experimentó depresión moderada o más grave, subrayando la necesidad de atención a la salud mental en el contexto de recuperación pospandemia (Tabla 1).

**TABLA 1:** Nivel de depresión en personal de salud de un hospital público del sur del Perú

Categoría	n	%
Ninguno	103	54,79
Leve	42	22,34
Moderado	30	15,96
Moderadamente grave	12	6,38
Grave	1	0,53
Total	188	100

En relación con la ansiedad, el 53,19 % de los encuestados no presentó síntomas de este trastorno, lo cual sugiere que más de la mitad logró mantener un estado emocional adecuado a pesar de las circunstancias desafiantes de la pandemia. Sin embargo, un 25,53 % experimentó ansiedad leve, un nivel que podría atribuirse a la alta carga laboral y las condiciones de trabajo durante la pandemia. Este grupo representó a una cuarta parte del personal, reflejando una respuesta de ansiedad manejable, aunque significativa, en una proporción considerable del equipo de salud.

En cuanto a la ansiedad moderada, el 17,02 % de los encuestados reportó este nivel, lo cual podría haber impactado tanto en su bienestar general como en su desempeño laboral. Finalmente, el 4,26 % reportaron ansiedad severa. Estos niveles elevados, aunque en una minoría, subrayan una

vulnerabilidad particular que podría requerir apoyo especializado. En general, los resultados resaltan que, aunque la mayoría del personal mostró niveles bajos o nulos de ansiedad, existe una porción significativa que enfrentó ansiedad de niveles moderados a severos, lo cual es indicativo de una carga emocional notable tras la pandemia (Tabla 2).

**TABLA 2: Nivel de ansiedad en personal de salud de un hospital público del sur del Perú**

Categoría	n	%
Ninguno	100	53,19
Leve	48	25,53
Moderado	32	17,02
Severo	8	4,26
Total	188	100

Con respecto al estrés postraumático, el 46,81 % de los encuestados no manifestó síntomas, lo cual indica que casi la mitad del personal pudo evitar o manejar adecuadamente el estrés postraumático derivado del contexto laboral durante y después de la pandemia. No obstante, el 35,11 % experimentó estrés postraumático leve, lo que representa una proporción importante del personal que, aunque con estrés postraumático bajo, probablemente experimentó un impacto emocional debido a las demandas y retos laborales pospandemia.

El nivel moderado de estrés postraumático fue reportado por el 13,30 % de los encuestados, lo cual sugiere una afectación mayor que pudo haber interferido en su desempeño y bienestar. Finalmente, el 4,79 % de los encuestados reportó estrés postraumático grave, indicando un alto nivel de afectación emocional que podría haber requerido intervenciones especializadas. En general, estos resultados reflejan que, aunque la mayoría del personal de salud pudo manejar niveles bajos o moderados de estrés postraumático, una fracción relevante mostró síntomas moderados a graves, destacando la necesidad de implementar estrategias de apoyo para el personal de salud (Tabla 3).

**TABLA 3: Nivel de estrés postraumático en personal de salud de un hospital público del sur del Perú**

Categoría	n	%
Ninguno	88	46,81
Leve	66	35,11
Moderado	25	13,30
Grave	9	4,79
Total	188	100

## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos revelan que, si bien un porcentaje significativo del personal no presentó síntomas graves, una fracción considerable experimentó niveles moderados a graves de estos trastornos, lo cual coincide con estudios previos en otras regiones y poblaciones, confirmando la persistencia de estos efectos a largo plazo en el personal de salud.

En cuanto a la depresión, los resultados mostraron que el 54,79 % del personal no presentó síntomas, mientras que el 45,21 % manifestó algún nivel de depresión, con un 22,34 % en nivel leve, un 15,96 % en nivel moderado y porcentajes menores en niveles moderadamente grave y grave. Esto es consistente con estudios previos como el de Villalba-Arias et al. (20), Luceño et al. (21) quienes encontraron síntomas de depresión en 48,8 % y 46 % de los participantes respectivamente. Pereira-da Silva et al. (3) encontraron una cifra algo menor pero de igual importancia: un 30,96 % de algún grado de depresión; mientras que en la investigación de Guillen-Burgos et al. (22) los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 26,85 % de los trabajadores de salud. Estos resultados nos permiten apreciar que los trabajadores de salud en contacto directo con pacientes COVID-19 desarrollaron una vulnerabilidad emocional significativa, derivada del agotamiento físico y emocional acumulado. Este contexto de alta demanda afectó su estado mental, haciéndolos más propensos a experimentar síntomas de depresión, especialmente cuando el apoyo y los recursos de afrontamiento eran limitados.

Respecto a la ansiedad, los datos indican que el 53,19 % del personal no presentó síntomas, mientras que el 46,81 % experimentó algún grado de ansiedad, siendo el nivel leve el más prevalente (25,53 %). Este hallazgo coincide en líneas generales con los reportados por Guillen Burgos et al. (22) con un 43,19 % y Villalba-Arias et al. (20) con un porcentaje superior de 54,4 %. Los resultados evidencian la vulnerabilidad de la salud mental del personal de salud en estos contextos.

Si bien la ansiedad moderada a severa fue menos frecuente, representa una preocupación relevante, al igual que lo reportado por Carmassi et al. (23). Diversos estudios, como el de Vaca Auz et al. (24), han destacado que la exposición continua a factores de riesgo y la presión laboral sostenida son factores clave en el desarrollo de ansiedad en el personal sanitario. Nuestros resultados concuerdan con esta evidencia, reflejando la realidad documentada en otros contextos, como el norte de Ecuador, donde los profesionales de enfermería experimentaron niveles significativos de ansiedad debido a las condiciones extremas de trabajo durante la pandemia.

Finalmente, en el caso del estrés postraumático, el 46,81 % del personal no reportó síntomas, pero el 53,19 % sí presentó algún nivel, principalmente en

las categorías leve y moderada. Estos resultados son paralelos a los reportados por Villanueva Villanueva (9), quien subrayó que la exposición continua a la muerte y al sufrimiento durante la pandemia provocó en los trabajadores de la salud síntomas de re-experimentación traumática y de hipervigilancia. Este estudio resalta que el duelo por la pérdida de colegas o familiares también ha exacerbado el estrés posttraumático en el personal sanitario, situación documentada en múltiples investigaciones previas como las de Luceño et al. (21), Blanco-Daza et al. (25) con un 56,6 % y 45,9 % que han vinculado la exposición a eventos traumáticos con síntomas de estrés posttraumático.

Este estudio confirma que los efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental del personal de salud han sido duraderos, estos resultados están alineados con hallazgos internacionales sobre el impacto en la salud mental del personal sanitario. Es vital que los directivos hospitalarios consideren estos resultados para implementar políticas de apoyo y bienestar, ya que estos profesionales enfrentan aún las secuelas de haber trabajado en un contexto de alta exposición y riesgo.

### CONCLUSIONES

Los resultados mostraron que un 45,21 % del personal de salud evaluado experimenta algún nivel de depresión, con una mayoría en los niveles leve (22,34 %) y moderado (15,96 %). La prevalencia de depresión en este grupo sugiere que el personal de salud sigue enfrentando

desafíos emocionales y psicológicos derivados de la pandemia. Estos niveles de afectación indican una necesidad significativa de estrategias de apoyo emocional para aquellos trabajadores que, aunque mantienen un desempeño profesional, pueden estar gestionando síntomas depresivos que afectan su bienestar personal.

En el caso de la ansiedad, el 46,81 % de los encuestados mostró algún grado de este trastorno, con una prevalencia predominante en niveles leves (25,53 %) y moderados (17,02 %). La alta frecuencia de ansiedad en el personal de salud resalta el impacto de la carga de trabajo, la exposición continua al riesgo y el estrés laboral prolongado, especialmente en tiempos de pandemia. Los síntomas moderados a graves, aunque menos frecuentes, subrayan la importancia de ofrecer intervenciones psicológicas y mecanismos de afrontamiento para reducir la carga emocional y mejorar la calidad de vida del personal.

Un 53,2 % del personal evaluado presentó síntomas de TEPT, con un 35,11 % en nivel leve y un 13,3 % en nivel moderado. Este hallazgo evidencia que el personal de salud sigue lidiando con las secuelas emocionales de su experiencia durante la pandemia, siendo los síntomas de estrés posttraumático una manifestación importante del impacto psicológico de esta crisis. La proporción significativa de estrés posttraumático resalta la necesidad de estrategias de intervención que ayuden a mitigar los efectos duraderos de la pandemia en la salud mental del personal de salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cairolí E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de pos-COVID-19? Revista clínica española. 2021;(January):614-8.
- Organización Mundial de la Salud O. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. 2022.
- Pereira-Da Silva MC, Cordeiro-De Queiroz V, Sgren-Da Costa-Andrade S, Souto-Silva CC, Leite-Da Silva-Pereira VC. Enfermedad mental entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. Enfermería Global [Internet]. 2024; 23 ( 7 3 ) : 2 0 6 - 5 5 . Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412024000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412024000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. enero de 2020;83(1):51-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-85972020000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972020000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Peña-Roa P, Venegas-González S, Cancino M, Terán-Mendoza O. Condiciones laborales e indicadores de salud mental en profesionales de la medicina y enfermería en Chile durante la pandemia por COVID-19. Enfermería Global [Internet]. 2024; 23 ( 7 3 ) : 9 5 - 1 1 3 . Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412024000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412024000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Trujillo-Ulloa WA. Factores psicosociales laborales y sintomatología ansiosa y depresiva en cuidados intensivos de un hospital público de Nuevo Chimbote. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. enero de 2024;24(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2024000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2024000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Bonilla-García M, Ciudad-Fernandez L, Armada J, Mejía CR, Bonilla-García M, Ciudad-Fernandez L, et al. Factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud de la amazonia peruana al finalizar la pandemia COVID-19. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo [Internet]. 2023; 32(4):285-96. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S3020-11602023000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S3020-11602023000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Boland R, Verduin M, Ruiz P, Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 12ª edición. Philadelphia; 2022. 11198 p.
- Villanueva M. Estrés post traumático en el personal sanitario de la Unidad de Emergencia de un hospital terciario en pandemia SARS COV-2. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo [Internet]. 2023 [citado 28 de octubre de 2024];32(3):207-16. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S3020-11602023000300005&lng=es&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S3020-11602023000300005&lng=es&nrm=iso)
- American Psychiatric Association (APA). DSM V.pdf. 5°. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Arlington; 2014. 1000 p.
- Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in

- the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(3):27081.
12. García-Borjas C, Arce-Huamani M. Factors associated with post COVID-19 pandemic posttraumatic stress disorder symptoms in medical students. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2024;87(2):13142.
  13. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 30 de abril de 2020; 36:e00054020. Disponible en: <https://www.scielo.org/articulo/csp/2020.v36n4/e00054020/es/>
  14. Hernández R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Segunda edición. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2023.
  15. Saldívar S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P, et al. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2019 [citado 28 de octubre de 2024]; 147(1):53-60. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872019000100053&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872019000100053&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  16. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Aníbal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica (Bogotá)* [Internet]. 2017 [citado 28 de octubre de 2024]; 112-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572017000500112](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000500112)
  17. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *RCP* [Internet]. 1 de julio de 2023 [citado 28 de octubre de 2024]; 52(3):245-50. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiQUIATRIA-379-articulo-escala-ansiedad-generalizada-gad-7-profesionales-S0034745021001098>
  18. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 20 de enero de 2010;8:8.
  19. Caamaño WL, Fuentes MD, González BL, Melipillán AR, Sepúlveda CM, Valenzuela GE. Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista médica de Chile* [Internet]. septiembre de 2011 [citado 28 de octubre de 2024]; 139(9):1163-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872011000900008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872011000900008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  20. Villalba-Arias J, Estigarribia G, Bogado JA, Méndez J, Toledo S, González I, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic among healthcare workers in Paraguay: A descriptive and preliminary study. *Medicina Clínica y Social*. 2020;4(3):937.
  21. Luceño L, Talavera B, Yolanda G, Martín J. Síntomas de estrés posttraumático, ansiedad, depresión, niveles de resiliencia y agotamiento en el personal sanitario español durante la pandemia de COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(15):125.
  22. Guillen-Burgos HF, Gomez-Ureche J, Acosta N, Acevedo-Vergara K, Perez-Florez M, Villalba E, et al. Post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Colombia. *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2022;6(4):100293.
  23. Carmassi C, Dell'Oste V, Bui E, Foghi C, Bertelloni CA, Atti AR, et al. The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms among healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: a multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *Journal of Affective Disorders*. 2022;298:20916.
  24. Vaca AJ, Revelo SD, Molina J, Altamirano GN de J, Vaca CF, Goyes ZA. Ansiedad, depresión y estrés posttraumático en profesionales de enfermería durante la pandemia de covid-19, en la zona norte del Ecuador, 2022. *Horizontes de Enfermería* [Internet]. 18 de diciembre de 2023 [citado 28 de octubre de 2024]; 13(1):7-21. Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/articulo/view/1226>
  25. Blanco-Daza M, De la Vieja-Soriano M, Macip-Belmonte S, Tercero-Cano M. Posttraumatic stress disorder in nursing staff during the COVID-19 pandemic. *Enfermería Clínica*. 2020;(January):92-102.

**Correspondencia:**  
[helenmariaca@gmail.com](mailto:helenmariaca@gmail.com)

**Financiamiento:**  
 Autofinanciado

**Conflictos de interés:**  
 La autora declara no tener conflictos de interés.

Madeleyni Helen Mariaca Mamani

<https://orcid.org/0000-0001-6138-339X>