



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS
**“ESTRES Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE
LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE
CAMANÁ – AREQUIPA 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
**Salud pública, Salud ambiental y satisfacción con los servicios
de salud**

Presentado por:

Martha, Mamani Campos
Rosa Luz Vanesa, Ramos Halanoca

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Docente asesor:
Dr. Luis Manuel Rivas Romero
Código Orcid N°0000-0003-0820-158

Chincha, Ica, 2022

Asesor

DR. LUIS MANUEL RIVAS ROMERO

Miembros del jurado

- Dr. Edmundo González Zavaleta
- Dr. Jorge Campos Martinez
- Dr. Fernando Tam Wom

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a nuestros familiares quienes siempre nos brindaron su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de Ica, que nos abrió las puertas para poder cumplir con nuestros objetivos.

A mi asesor, Dr. Luis Manuel Rivas Romero, por el apoyo, consejo y mucha paciencia que recibí para construir la presente tesis.

Así mismo al hospital de apoyo de Camaná por abrirme sus puertas, principalmente al personal que labora en la unidad COVID-19, el cual me brindo su ayuda y tiempo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el estrés y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021.

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional. Se incluyó a médicos, enfermeras, biólogos y técnicos que laboraban en la unidad COVID del Hospital Camaná en octubre del 2021. La muestra estuvo conformada por 65 trabajadores de la salud. Se aplicó una encuesta por Google forms a través de un cuestionario que incluía: Índice de Distrés Peritraumático por COVID 19 (CPDI) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Resultados: La edad mediana de los participantes fue 28 ± 7 años, con predominio del sexo femenino (73.8%), del estado civil soltero (67.7%) y de profesión enfermera o médico (33.8%). Se observó que 41.5% tenía estrés leve y 1.6% estrés severo. El 89.2% presentó bajo nivel de ansiedad y 10.8% moderado nivel de ansiedad. El Rho de Spearman entre estrés y ansiedad ($r=0.596$; $p<0.001$) muestra que existe correlación moderada con significancia estadística entre ambas variables. Del mismo modo, se encontró correlación significativa entre cada uno de sus componentes.

Conclusiones: Existe correlación moderada entre estrés y ansiedad

Palabras claves: Estrés psicológico, Ansiedad, COVID-19

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between stress and anxiety in health personnel who work in the COVID Unit of the Camaná Hospital in Arequipa in the year 2021.

Methodology: Study with a quantitative, descriptive, correlational approach. Doctors, nurses, biologists, and technicians who worked in the COVID unit of Hospital Camaná in October 2021 were included. The sample consisted of 65 health workers. A survey was applied by Google Forms through a questionnaire that was completed: COVID 19 Peritraumatic Distress Index (CPDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI)

Results: The median age of the participants was 28 ± 7 years, with a predominance of females (73.8%), single marital status (67.7%) and nursing or medical profession (33.8%). It was found that 41.5% had mild stress and 1.6% severe stress. 89.2% presented low level of anxiety and 10.8% moderate level of anxiety. Spearman's Rho between stress and anxiety ($r=0.596$; $p<0.001$) shows that there is a moderate transmission with statistical significance between both variables. Similarly, a significant connection was found between each of its components.

Conclusions: There are moderate consequences between stress and anxiety.

Keywords: Psychological stress, Anxiety, COVID-19

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
PALABRAS CLAVES	VI
ABSTRACT	VI
INDICE GENERAL	VIII
INDICE DE FIGURAS Y DE CUADROS	IXX
I. INTRODUCCIÓN	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	122
2.1.Descripción de problema	122
2.2.Pregunta de investigación general	166
2.3.Preguntas de investigación específicas	166
2.4.Objetivo general	177
2.5.Objetivos específicos	177
2.6.Justificación e importancia	188
2.7.Alcances y limitaciones	199
III. MARCO TEÓRICO	211
3.1.Antecedentes	211
3.2.Bases Teóricas	277
3.3. Identificación de variables	34
IV. METODOLÓGICA	355
4.1.Tipo y nivel de investigación	355
4.2.Diseño de Investigación	355
4.3.Operacionalización de variables	366
4.4.Hipótesis general y específicas	367
4.5.Población – Muestra	40
4.7.Recolección de datos (parte descriptiva, frecuencia)	411
4.8.Técnicas de análisis e interpretación de datos	411

V. RESULTADOS	422
5.1.Presentación de resultados – Descriptivos	422
5.2.Presentación de resultados – Tablas cruzadas	444
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	477
6.1.Análisis de los resultados – Prueba de hipótesis general	477
6.1.Comparación de resultados con antecedentes	566
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	599
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	611
ANEXOS	677
Anexo 1: Matriz de consistencia	67
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	70
Anexo 3: Instrumento de medición	71
Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición	74
Anexo 5: Base de datos SPSS	79
Anexo 6: Informe de turnitin al 28% de similitud	82

INDICE DE FIGURAS Y DE CUADROS

Tabla 1: Estrés y ansiedad del personal de salud que labora en la Unidad Covid del Hospital de Apoyo Camaná.	41
Tabla 02: Características generales del personal de salud que labora en la Unidad Covid del Hospital de Apoyo Camaná.	43
Tabla 3: Nivel de ansiedad según nivel de estrés.	44
Tabla 4: Niveles de estrés y ansiedad según sexo.	45
Tabla 5: Correlación entre estrés y ansiedad.	47
Tabla 6: Correlación entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad.	48
Tabla 7: Correlación entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad.	49
Tabla 8: Correlación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad.	50
Tabla 9: Correlación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad.	51
Tabla 10: Correlación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad.	52
Tabla 11: Correlación entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad.	53
Tabla 12: Correlación entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad.	54
Tabla 13: Correlación entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad	55
Gráfico 1: Nivel de ansiedad según nivel de estrés	44
Gráfico 2: Nivel de estrés según sexo	45
Gráfico 3: Nivel de ansiedad según sexo	46

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental de la población hoy en día es considerada una prioridad en el campo de la salud pública. El trauma psicológico que está generando la actual pandemia, por riesgo de contagio o por pérdida de algún ser querido, y las medidas de aislamiento social o cuarentena afectan tanto a la población general como al personal que se encuentra en primera línea de ayuda.

La pandemia por SARS-CoV-2 que inició en diciembre del 2019 ha venido afectando a todo tipo de sociedades y en todo el mundo. En la población general se ha reportado un elevado número de infecciones que se asocian con alta mortalidad. Además, las pandemias imponen una inmensa carga psicológica a los trabajadores de la salud debido a una combinación de factores estresantes en el lugar de trabajo y miedos personales. Las medidas con enfoque de protección como las limitaciones sociales se asocian con consecuencias indirectas sobre la salud, así como con un estrés psicológico considerable, en particular con la ansiedad, estrés y depresión (1).

Durante la pandemia, la población en general ha sido salvaguardada con varias medidas de precaución que incluyeron al cierre o la desaceleración de las actividades diarias, el distanciamiento social, la reducción de las interacciones entre las personas, el uso de máscaras faciales y una buena ventilación para reducir la posibilidad de nuevas infecciones (2). Por el contrario, los profesionales de la salud estuvieron expuestos a turnos de trabajo más prolongados, con el fin de gestionar el crecimiento de la demanda de atención médica. Estas condiciones críticas se ven agravadas por la necesidad de llevar equipos de protección personal que provocan molestias y dificultades para respirar (3).

Se debe tener en cuenta que la motivación de los trabajadores de la salud para brindar servicios profesionales en situaciones de pandemia, y en el contexto de un alto riesgo personal de infectarse, es en gran medida altruista. Las actividades que desarrollan durante el tratamiento y recuperación de los pacientes con COVID 19

obligan a mantener una exposición directa, reiterativa y prolongada con el virus responsable de esta incontrolable enfermedad.

Para mejorar el estado psicológico de los trabajadores que se encuentran en la primera línea de tratamiento de pacientes con COVID-19 es necesario identificar las fuentes de estrés ya que algunos trabajadores experimentan trastornos de estrés postraumático, que incluye ansiedad, agotamiento y depresión (1-3). El miedo a que los miembros de la familia o el mismo trabajador se infecte, y la falta de equipos de protección se consideran los principales factores del estrés y ansiedad (4). No obstante, se debe tener en cuenta que el miedo al deterioro o la muerte de un paciente también incrementa los niveles de ansiedad en los trabajadores de la salud, además, el riesgo percibido de muerte propia es uno de los principales predictores que se tiene en consideración.

Con la presente investigación se pretende conocer los niveles de estrés y ansiedad del personal que se mantiene en pie de lucha frente a la pandemia por SARS-CoV-2, dichos resultados nos podrían encaminar hacia recomendaciones que permitan optimizar el soporte psicológico y las políticas de asistencia sanitaria para el personal de salud.

El capítulo 1 describe la realidad problemática que da origen a nuestra investigación, entendiendo que, como personal de salud que tiene a cargo la atención directa de pacientes con COVID puede desarrollar estrés y ansiedad con mayor frecuencia o intensidad. El capítulo 2 describe los antecedentes relacionados a las variables de estudio y sienta las bases teóricas sobre estrés y ansiedad. El capítulo contiene la secuencia metodológica planteada para la obtención de resultados en base a nuestros objetivos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de problema

El trastorno por estrés postraumático es una combinación de recuerdos intrusivos del evento traumático, evitación de recordatorios, entumecimiento emocional e hiperactivación. Por otro lado, la ansiedad se conceptualiza como un estado emocional que afecta componentes psicológicos, sociales y fisiológicos y que es una condición del ser humano, sin embargo, puede volverse patológica cuando se considera excesiva y afecta el entorno psicosocial de la persona afectando aspectos sociales, familiares y desempeño laboral, entre otros.

Se estima que la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión entre la población general durante la pandemia de COVID-19 fue de 29.6%, 31.9% y 33.7%, respectivamente. Los empleados del sistema de salud están expuestos a tensiones particulares, para ellos existe un mayor riesgo de infección y enfermedad, así como una mayor mortalidad. Las enfermeras y los auxiliares técnicos están en la primera línea de atención en esta pandemia y forman el grupo más grande en la práctica de la salud. Además, durante el brote de COVID-19, los trabajadores sanitarios debían mantenerse aislados en hospitales u hoteles fuera del horario laboral durante un período de observación de 14 días.

Un estudio documentó que aproximadamente el 10% del personal había experimentado niveles altos de síntomas de estrés postraumático desde el brote de SARS-CoV-2 (14). Zhang (15) encontró que en los trabajadores de la salud que se encontraban en la primera línea de atención de pacientes con COVID-19, la condición psicológica no era optimista y se manifestaba como una somatización y un terror más fuerte, además, casi un tercio de los trabajadores de la salud de primera línea mostraron una alta tasa de ansiedad en la ciudad de Wuhan.

El trauma psicológico es una forma de daño que ocurre como resultado de experimentar un solo evento traumático o múltiples eventos recurrentes. A menudo,

es comórbido con ansiedad y depresión. La experiencia de una pandemia global como COVID-19 tiene el potencial de ser considerada un evento traumático masivo. La evidencia emergente sugiere que las tasas de estrés postraumático y estrés psicológico en la población general son elevadas (4). Como consecuencia, la histeria y el pánico masivo en rápida expansión con respecto al COVID-19 pueden generar problemas psicológicos duraderos en público de todos los dominios socioeconómicos, que podrían ser potencialmente incluso más perjudiciales a largo plazo que el propio virus. Aparte de los sufrimientos físicos, las consecuencias de esta cuarentena sobre la salud mental y el bienestar a nivel personal y poblacional son múltiples.

Se han informado efectos como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), cuyos síntomas se han asociado positivamente con la duración de la cuarentena (5). También es probable que los profesionales sanitarios perciban una mayor estigmatización que el público en general por estar en cuarentena y estar constantemente más afectados psicológicamente pudiendo requerir atención especial para enfrentar su miedo, ansiedad y otros efectos psicológicos (6).

Frente a brotes de enfermedades respiratorias infecciosas, como el SARS o la influenza, se han realizado varios estudios para explorar el nivel de estrés de los trabajadores de la salud durante una situación emergente. Se descubrió que casi el 87% de los trabajadores de la salud se sentían más estresados en el trabajo durante los brotes de influenza aviar (7). Durante la epidemia del SARS, también se encontró que los trabajadores de la salud estaban más estresados cuando cuidaban a pacientes infectados. Tam y col (8) en un estudio informó que el 68% de los trabajadores de la salud reportaron un alto nivel de estrés. Así mismo, otro estudio informó que entre el 29% y el 35% de los trabajadores de hospitales experimentaron un alto grado de angustia (9).

De manera similar, el estrés, el miedo y la ansiedad inevitables por un brote de una enfermedad contagiosa poco conocida, como el COVID-19, pueden ser profundos entre los grupos de mayor riesgo, como los profesionales sanitarios y otros

trabajadores de primera línea, incluidos, policías, bomberos, fuerzas armadas, etc. Los casos de COVID-19 en hospitales, el estar en cuarentena, la muerte o enfermedad de un familiar o amigo por COVID-19 y una mayor autopercepción del peligro por la letalidad del virus pueden afectar negativamente el bienestar mental de los trabajadores de la salud (10). Los profesionales médicos de países muy infectados por COVID experimentaron una enorme presión de desempeño, así como un aumento de los resultados psiquiátricos desfavorables debido al aumento repentino de exceso de trabajo, la protección inadecuada contra la contaminación, la frustración por no brindar una atención óptima al paciente y el aislamiento (11,12).

Un estudio que incluyó a profesionales de la salud de diversos países de la comunidad Europa encontró que los participantes de Francia y el Reino Unido informaron haber experimentado depresión, ansiedad y estrés grave o extremadamente grave con más frecuencia en comparación con los de otros países, siendo los profesionales no médicos los que obtuvieron puntuaciones significativamente más altas para depresión y ansiedad (16). Sánchez et al (17) reportaron que, durante la primera ola de la enfermedad en España, 68.3% y 49.6% del personal de enfermería presentaron ansiedad y depresión, respectivamente, disminuyendo en la segunda ola (49,5% para ansiedad y 35,1% para depresión). En Latinoamérica Urzúa et al (18) reporta que, de una población de 125 trabajadores de la salud, 65% presentó algún síntoma de depresión, 74% ansiedad, 65% insomnio y 57% algún nivel de angustia. Siendo el personal de enfermería el que obtuvo las mayores puntuaciones. Civantos et al (19) en una población de 163 cirujanos de cabeza y cuello en contacto directo con pacientes COVID encontraron síntoma de ansiedad, angustia y depresión en 45.5%, 26.3% y 16.0% respectivamente, además, ser del sexo femenino y tener más de 45 años incrementaban la probabilidad de experimentar síntomas de ansiedad.

En Perú, Pedraz et al (20) comparó los niveles de estrés y depresión entre la población general y el personal de salud que atendía a paciente COVID-19, encontraron algún nivel de depresión en 50% de la población estudiada, además,

40% del personal de salud presentó algún grado de ansiedad por COVID 19. A nivel local Condori (21) en una población de 395 médicos encontró que 56.7% participantes con algún síntoma de depresión, 35.7% de ansiedad y 31.9% de insomnio. Además, el ser mujer, tener algún colega infectado, manejar pacientes infectados, tener un familiar infectado se asociaron a insomnio.

El Hospital de Apoyo de Camaná es un establecimiento de salud de Nivel II que tiene una población adscrita de aproximadamente 2 millones de habitantes. Durante el periodo de pandemia pasó a formar parte de la red de hospitales COVID a nivel nacional, cuenta con una unidad COVID con 46 camas para hospitalización de pacientes con enfermedad moderada y 10 camas en UCI-COVID. El personal a cargo de dicha unidad está conformado por 65 trabajadores de salud. Desde el inicio de las actividades, en esta área, se ha registrado una tasa de contagio cercana al 86% en el personal de salud, no obstante, no se ha registrado mortalidad alguna. Sin embargo, en algunos trabajadores se ha observado cambios en el estado de ánimo, rendimiento y comportamiento laboral, mostrando cierto grado de desinterés en sus actividades diarias, así como, un incremento en la tasa de ausentismo laboral. Ante esta situación planteamos una investigación que nos permita conocer de manera objetiva el nivel de estrés y ansiedad en este grupo humano.

Frente a todo lo descrito, se observa que existe un incremento en la frecuencia y severidad de las afecciones que comprometen la salud mental de los trabajadores que tiene contacto directo con pacientes que desarrollan la enfermedad por SARS-CoD-2, lo cual nos lleva a plantear las siguientes interrogantes.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Qué relación existe entre el estrés y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021?

2.3. Preguntas de investigación específicas

P.E.1: ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.2: ¿Qué relación existe entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.3: ¿Qué relación existe entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.4: ¿Qué relación existe entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.5: ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.6: ¿Qué relación existe entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.7: ¿Qué relación existe entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

P.E.8: ¿Qué relación existe entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?

2.4. Objetivo general

Determinar la relación entre el estrés y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021.

2.5. Objetivos específicos

O.E.1: Determinar la relación entre el estado del ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa

O.E.2: Determinar la relación entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.3: Determinar la relación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.4: Determinar la relación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.5: Determinar la relación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.6: Determinar la relación entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.7: Determinar la relación entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

O.E.8: Determinar la relación entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

2.6. Justificación e importancia

Desde el punto de vista teórico se debe realizar la investigación para verificar y consolidar la información existente sobre el desarrollo de alteraciones en la salud mental del personal expuesto al SARS-CoV-2 durante el desarrollo de sus actividades dentro de las áreas críticas de un hospital COVID-19.

Desde el punto de vista práctico se debe realizar la investigación para conocer el impacto real que tiene el SARS-CoV-2 sobre la salud mental del personal de salud y así poder plantear medidas de soporte psicológico o médico orientado a disminuir los índices de estrés y ansiedad que desarrollan los profesionales y no profesionales que atienden a pacientes con COVID-19.

Desde el punto de vista metodológico se debe realizar la investigación porque aplicaría un cuestionario que mide el Índice de Distrés Peri-traumático relacionada a la enfermedad por COVID 19, validado para la población peruana, esto fomentaría el uso de dicho instrumento en futuras investigaciones sobre el tema.

Desde el punto de vista personal, al desempeñarme como enfermera en la Unidad COVID considero que es pertinente identificar el impacto indirecto que tiene la enfermedad o el riesgo de contagio sobre nuestra salud mental.

La ejecución de la presente investigación permitirá tener un panorama objetivo sobre la salud psicológica o mental del personal de salud que de forma continua ayuda en la recuperación de los pacientes afectados por el SARS-CoV-2 en la población de Camaná.

Conocer los niveles de estrés y ansiedad que desarrolla el personal de salud en la unidad COVID permitirá ofrecer apoyo psicológico o soporte psiquiátrico grupal e individualizado a la medida de las circunstancias, teniendo en cuenta que ambas variables pueden influir de manera negativa sobre las actividades programadas de dicho trabajador. Además, los resultados obtenidos podrán servir para una base de datos sobre las alteraciones de la salud mental en el personal que se encuentra en primera línea de respuesta frente a la actual pandemia que afronta nuestra sociedad.

2.7. Alcances y limitaciones

Ámbito social: El estudio tendrá en cuenta al personal de salud de modulo diferenciado COVID- 19 del hospital de Apoyo de Camaná.

Ámbito espacial: La presente investigación se realizó en el Hospital de Apoyo de Camaná, en el distrito de Camaná, Provincia de Camaná y Departamento de Arequipa.

Ámbito temporal: la investigación se efectuará en el año 2021

Entre las limitaciones encontradas podemos citar:

- Limitación para realizar la encuesta de forma presencial, para lo cual se plantea el desarrollo de la encuesta de forma virtual almacenada en google forms.
- Se observaron dificultades en la presentación del proyecto a los participantes, así como, para la firma del consentimiento informado, para lo cual se plantea el envío de un vídeo conferencia por zoom repetida en 3 horarios por día.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Internacionales:

Du J, Dong L, Wang T, et al. (2020). En su estudio “Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. Gen Hosp Psychiatry” planteó como objetivo examinar el impacto psicosocial de COVID-19 en los trabajadores sanitarios de primera línea en Wuhan. Desarrolló un estudio descriptivo aplicando la escala de estrés percibido (PSS), inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) e inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se recopilaron los datos entre el 13 y el 17 de febrero de 2020 a través de una encuesta aplicada por teléfonos inteligentes. Los participantes eran trabajadores sanitarios de dos hospitales con sede en Wuhan (n = 200) y trabajadores sanitarios del equipo de extensión (n = 110) desplegados en Wuhan desde dos hospitales externos. La población estudiada tenía edad media de 36 ± 8.05 años y 60.5% eran mujeres. La distribución según profesión muestra que 41.0% eran enfermeras, 35.1% médicos y 23.9% personal técnico. Con respecto a las afecciones mentales se observó que el 12.7% y el 20.1% de los trabajadores sanitarios tenían al menos síntomas leves de depresión y ansiedad respectivamente. Más de la mitad (59.0%) tenía niveles de estrés percibido de moderados a graves y que los síntomas depresivos y de ansiedad fueron más comunes entre las mujeres. Concluyendo que alrededor de un tercio del personal entrevistado desarrolló algún grado de ansiedad o estrés (22).

Guo J, Liao L, Wang B. (2020). En su estudio “Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland” planteó como objetivo evaluar el impacto psicológico del brote de COVID-19 en el personal médico en China. Desarrolló un estudio descriptivo en febrero del 2020 que utilizó la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y la escala de depresión de autoevaluación (SDS) a través de un aplicativo de celular. Un total de 11118 trabajadores respondieron la encuesta. Aproximadamente 4,98% informaron

niveles medios y altos de ansiedad, mientras que 13,47% informaron niveles medios y altos de depresión desde el brote de COVID-19. Las enfermeras, el personal médico de primera línea y el personal médico más joven tenían más probabilidades de tener ansiedad y depresión que los médicos, el personal médico que no es de primera línea y el personal médico de mayor edad, respectivamente. Concluyendo que, aunque el impacto psicológico del COVID-19 no es tan común en el personal médico en China, se necesitan programas para protegerlo contra los impactos negativos del COVID-19 (23).

Rehman U, Shahnawaz M, Khan N, et al. (2020). En su estudio “Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown” planteó como objetivo evaluar la angustia psicológica entre las personas que residen en India durante el periodo de aislamiento. Se pidió a cuatrocientos tres participantes que completaran un cuestionario con preguntas sobre síntomas de depresión, ansiedad, estrés y fluencia familiar. Se aplicó escala DASS de 21 ítems. Encontró que los valores medios de estrés y ansiedad para los hombres eran 12.65 y 9.91 respectivamente, para las mujeres, los valores medios de estrés y ansiedad fueron 13.44 y 10.57. Se encontró que los valores medios de las mujeres eran más altos que los de los hombres. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas. Los hombres y las mujeres no difirieron significativamente en estrés ($t = 0,73$, $p = 0,46$), ansiedad ($t = 0,69$, $p = 0,50$) y depresión ($t = 0,12$, $p = 0,90$). Los coeficientes de correlación entre el estrés y la ansiedad y el estrés y la depresión eran de 0,73 y 0,81. Sin embargo, entre ansiedad y depresión, se encontró que el coeficiente de correlación era de 0,70. (24).

Lai J, Ma S, Wang Y, et al. (2020). En su estudio “Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019” planteó como objetivo evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que trataron a pacientes con COVID-19 en China. Desarrollaron un estudio descriptivo aplicando encuestas a 1257 trabajadores desde el 29 de enero hasta el 3 de febrero del 2020. Aplicó la escala de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems y el índice de gravedad

del insomnio de 7 ítems. Un total de 813 (64,7%) tenían entre 26 y 40 años y 964 (76,7%) eran mujeres. De todos los participantes, 764 (60,8%) eran enfermeras y 493 (39,2%) eran médicos; 760 (60,5%) trabajaban en hospitales en Wuhan y 522 (41,5%) eran trabajadores de atención médica de primera línea. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de ansiedad (560 [44.6%]) e insomnio (427 [34,0%]). Concluyendo que los trabajadores de la salud en hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 informaron haber experimentado una carga psicológica (25)

Zhu Z, Xu S, Wang H. (2020). En su estudio “COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers” planteó como objetivo evaluar el impacto psicológico inmediato en los trabajadores sanitarios del Hospital Tongji en Wuhan, China. Desarrolló un estudio analítico entre el 8 y el 10 de febrero de 2020, realizaron una encuesta transversal a través de cuestionarios en línea. Se determinó el nivel de estrés, depresión y ansiedad mediante la escala de impacto de eventos revisada (IES-R), cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) y trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7). Se recibieron 5062 cuestionarios completos (tasa de respuesta, 77.1%). Se encontró estrés en 1509 (29.8%), depresión en 681 (13.5%) y ansiedad en 1218 (24.1%) trabajadores sanitarios. Los factores: ser mujer ([HR]: 1.31; P=0,032), años de trabajo>10 ([HR]: 2.02; P<0,001), tener enfermedades crónicas ([HR]: 1.51; P<0,001), antecedentes de trastornos mentales ([HR]:3.27; P<0,001), y familiares o parientes confirmados o sospechosos de COVID ([HR]: 1.23; P=0,030) fueron factores de riesgo de estrés. Concluyendo que las mujeres con más de 10 años de trabajo, enfermedades crónicas, antecedentes de trastornos mentales y familiares o parientes confirmados o sospechosos de COVID son susceptibles al estrés, la depresión y la ansiedad entre los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 (26).

Dal'Bosco E, Floriano L, Skupien S, et al. (2020). En su estudio “Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital” planteó como objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y depresión en los profesionales de enfermería que trabajan para el afrontamiento del COVID-

19 en un hospital universitario de Brasil. Desarrolló un estudio observacional donde aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión a 88 profesionales de enfermería. La muestra estuvo constituida principalmente por mujeres mayores de 40 años, casadas o en unión libre, blancas, con estudios superiores, con ingresos superiores a 3.000,00 reales, funcionarias públicas, que trabajaban 40 horas semanales y trabajaban en el hospital de 1 a 5 años. Hubo prevalencia de ansiedad (48,9%) y depresión (25%). Concluyendo que se debe considerar el impacto en la salud mental de enfermería causado por COVID-19 e intervenir con estrategias de afrontamiento para minimizar el sufrimiento de los profesionales (27).

Giusti E, Pedrolì E, D'Aniello G, et al. (2020). En su estudio "The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study" planteó como objetivo evaluar la prevalencia de las condiciones psicopatológicas en los profesionales de la salud que trabajan en una institución de salud en el norte de Italia. Desarrolló un estudio descriptivo en profesionales de la salud que trabajaban en los hospitales del Instituto Auxológico Italiano. Trescientos treinta profesionales de la salud participaron de la encuesta en línea. Doscientos treinta y cinco profesionales de la salud (71,2%) tenían puntuaciones de estado de ansiedad por encima del límite clínico, 88 (26,8%) tenían niveles clínicos de depresión, 103 (31,3%) de ansiedad, 113 (34,3%) de estrés, 121 (36,7%) de estrés postraumático. Concluyendo que los profesionales de la salud tuvieron altos niveles de agotamiento y síntomas psicológicos durante la emergencia COVID-19 (28).

Wasim T, Raana G, Bushra N, et al. (2020). En su estudio "Effect of COVID-19 pandemic on mental wellbeing of healthcare workers in tertiary care hospital" plantearon una encuesta para investigar el impacto de la pandemia en el bienestar mental de estos trabajadores del Hospital Services Lahore de Pakistán. Desarrolló un estudio descriptivo con 356 trabajadores de salud y recopiló información relativa a datos demográficos, insomnio, ansiedad, depresión y síntomas de estrés. Hubo síntomas de depresión en 222 (62,35%), ansiedad en 227 (64,76%), estrés en 197 (55,33%) e insomnio en 190 (53,37%) de los participantes. Los paramédicos, enfermeras y trabajadores de la salud en unidades de aislamiento/cuidados

intensivos fueron más propensos al insomnio ($p < 0,001$). Concluyendo que el bienestar mental de los trabajadores de la salud se ve afectado debido a la pandemia de COVID-19 (29).

Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, et al. (2020). En su estudio “Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19)” planteó como objetivo identificar el posible impacto de variables contextuales y personales laborales (edad, sexo, puesto de trabajo, años de experiencia, proximidad a pacientes infectados) sobre la calidad de vida profesional, representada por la satisfacción por compasión, el burnout y traumatización secundaria, en los trabajadores sanitarios que enfrentan una emergencia por COVID-19. Desarrolló un estudio analítico empleando cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9), professional quality of life-5 (ProQOL-5) y la escala de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7). El estudio incluyó una muestra total de 265 trabajadores sanitarios, 84 (31,7%) hombres y 181 mujeres (68,9%), empleados en las salas del hospital COVID-19. La edad media en la muestra total fue $40,4 \pm 11,2$ (mínimo 19, máximo 63) años. Además, 85 (32,1%) eran médicos, 133 (50,2%) enfermeras y 47 (17,7%) auxiliares de salud. Cincuenta y un (19,2%) trabajadores sanitarios habían pasado menos de un año de servicio hospitalario. Durante la pandemia de COVID-19 117 (44,2%) sujetos tenían una actividad de primera línea, mientras que 78 (29,4%) trabajaban en una Unidad de Cuidados Intensivos. La puntuación media de PHQ-9 fue de $4,5 \pm 6,4$, mientras que la puntuación media de GAD-7 fue de $4,2 \pm 4,6$. Concluyendo que la pandemia de COVID-19 representa un nuevo desafío de trabajo para los trabajadores sanitarios y se necesitan estrategias de intervención para prevenir el agotamiento y reducir el riesgo de resultados adversos de la salud mental (30).

Alnazly E, Khraisat O, Al-Bashaireh A, et al. (2020). En su estudio “Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers” planteó como objetivo evaluar los niveles de miedo, ansiedad, depresión y estrés experimentados por los trabajadores de la salud jordanos durante la pandemia de COVID-19. Desarrolló un estudio correlacional

con 365 trabajadores en Ammán, del 16 al 23 de agosto de 2020. Aplicaron la escala de miedo a COVID-19, la depresión, la ansiedad, escala de estrés y escala multidimensional de apoyo social percibido administrada electrónicamente a los participantes. La mayoría de los participantes (69,3%) eran enfermeras registradas. La puntuación general media de la escala Miedo a COVID-19 fue de 23,64 (DE + 6,85). Los participantes habían mostrado depresión extremadamente severa 40%, ansiedad extremadamente severa 60% y 35% angustia severa. Las puntuaciones para depresión ($21,30 \pm 10,86$), ansiedad ($20,37 \pm 10,80$), estrés ($23,33 \pm 10,87$) también fueron altas. Concluyendo que Los factores asociados fueron ser hombre, casado, tener 40 años o más y tener más experiencia clínica. En cuanto al apoyo social, los participantes se basaron principalmente en el apoyo de sus familias, seguido del apoyo de amigos. Concluyendo que hubo incremento del miedo, depresión, ansiedad y estrés entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 (31).

A nivel nacional

Pedraz B, Krüger H, Arévalo M, et al. (2021). En su estudio “Impacto emocional en muestras de personal de salud, estudiantes de medicina y población general durante la pandemia COVID-19 en Lima, Perú” planteó como objetivo comparar los efectos emocionales del COVID-19 entre personal de salud, estudiantes de medicina y una muestra de la población general. Desarrolló un estudio comparativo con 375 participantes: 125 por grupo de estudio, se utilizaron las escalas PHQ-9, GAD-7 y CPDI para evaluar el impacto emocional. El 57.63% del grupo de primera línea eran varones y la edad promedio fue 35.00 ± 9.41 años. En la escala CPDI se observó que el personal de salud obtuvo la puntuación media más alta (30.30 ± 13.20 vs 28 ± 14.20 vs 27.5 ± 13.00). Concluyendo que ser personal de primera línea se asocia con un mayor estrés relacionado con COVID-19 (20).

Villarreal D, Copez A, Vilela A, et al. (2021). Estudio titulado “Depresión, estrés postraumático, ansiedad y miedo al COVID-19 en población general y trabajadores de la salud: prevalencia, relación y modelo explicativo en Perú” planteó como

objetivo determinar los niveles de miedo al COVID-19, ansiedad y estrés postraumático en la población general y los trabajadores de la salud. Desarrolló un estudio observacional donde se aplicó cuestionarios auto informados para ansiedad, miedo al COVID-19, depresión y estrés postraumático. Se incluyeron 830 participantes, incluyendo población general (640) y trabajadores de la salud (190). Se identificó una alta prevalencia general de síntomas depresivos (16.0%), ansiedad (11,7%) y estrés postraumático (14,9%). Concluyendo que su modelo explica más del 70% de los síntomas depresivos (32).

A nivel regional

Condori A. (2021). En su estudio “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa 2020” planteó como objetivo identificar la severidad de depresión, ansiedad e insomnio en 395 médicos de la ciudad de Arequipa. Desarrollo un estudio observacional donde aplicó las escalas PHQ-9, GAD-7. Encontró que un 53,9% de mujeres en la muestra, con 31 años de mediana. Se encontró un 56.7% participantes con algún síntoma de depresión, 35.7% de ansiedad y 31.9% de insomnio. Además, el ser mujer, tener algún colega infectado, manejar pacientes infectados, tener un familiar infectado se asociaron a insomnio. Concluyendo que existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (21).

3.2. Bases Teóricas

3.2.1 Estrés

Al respecto la organización mundial de salud (OMS) define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción” Para el ministerio de salud (MINSa) la conceptualiza como la expresión de la relación entre el individuo y su medio ambiente, este puede ser a largo plazo o

temporal, ligero o severo, según la duración de sus causas la fuerza de estas y a la capacidad de recuperación que tenga la persona.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es el único trastorno mental importante por el que se considera que se conoce una causa, es decir, un evento que implica una amenaza a la integridad física de uno mismo o de los demás e induce una respuesta de miedo intenso, impotencia u horror (33). Aunque el TEPT todavía se considera en gran medida un fenómeno psicológico, durante las últimas tres décadas el crecimiento de la literatura biológica sobre el TEPT ha sido explosivo y ahora existen miles de referencias. En última instancia, el impacto de un evento ambiental, como un trauma psicológico, debe entenderse a nivel orgánico, celular y molecular. Como se entiende actualmente, el síndrome de TEPT es una combinación de recuerdos intrusivos del evento traumático, evitación de recordatorios, entumecimiento emocional e hiperactivación (34).

Los eventos traumáticos notificados con más frecuencia a nivel mundial son las agresiones físicas y sexuales (52%) y los accidentes o incendios (50%) (35). Se han documentado tasas más altas de TEPT entre personas socialmente desfavorecidas, personas más jóvenes, mujeres, personal militar, oficiales de policía, bomberos y socorristas en desastres y traumas masivos (36,37). La probabilidad condicional de que se desarrolle TETP varía según el sexo y el tipo de trauma; por ejemplo, las probabilidades respectivas para hombres y mujeres son 65% y 46% después de una violación, 2% y 22% después de agresión física, y 6% y 9% después de un accidente (38).

La probabilidad es mayor en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos (37). Estas diferencias probablemente reflejan el papel del sexo y los factores sociales y situacionales en el desarrollo, expresión y persistencia de los síntomas del TEPT.

Para satisfacer los criterios del DSM IV, una persona debe estar expuesta a un evento traumático que implique la muerte real o amenaza de muerte o lesiones graves, o una amenaza a la integridad física de sí mismo. u otras personas. También es fundamental que el individuo experimente en ese momento una respuesta que implique miedo intenso, desamparo u horror. Los síntomas deben haber estado presentes durante al menos 1 mes y causar angustia clínicamente significativa o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (38).

Los criterios de diagnóstico para el TEPT se han actualizado sustancialmente en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-5). El TEPT ahora pertenece a una nueva categoría, llamada “Trastornos relacionados con traumatismos y factores de estrés”; la evitación se ha agregado como uno de los “grupos diagnósticos” requeridos, se destacan las cogniciones negativas y los eventos traumáticos no se definen por una reacción inicial de miedo, horror o impotencia. Los nuevos criterios de diagnóstico destacan las cogniciones negativas relacionadas con el TEPT, la autodenigración y las visiones negativas del mundo y alientan a los médicos a considerar estas características en sus evaluaciones e intervenciones (39).

Las terapias para el TEPT incluyen intervenciones psicológicas, farmacológicas e innovadoras (40). Los objetivos, las técnicas y los efectos del tratamiento en las secuelas tempranas del trauma difieren de los de los casos de TEPT prolongado y, por lo tanto, se revisan por separado. La implementación exitosa del tratamiento requiere una evaluación cuidadosa.

Estado del ánimo

El estado de ánimo es un estado subjetivo interno, pero a menudo se puede inferir de la postura u otros comportamientos. También se considera como un suceso inesperado que puede cambiar el humor de la persona, desde la felicidad hasta la ira (41). Los estados de ánimo se diferencian de las emociones en que son menos

específicos, menos intensos y propensos a ser provocados por un estímulo o evento en particular. Los estados de ánimo generalmente tienen una valencia positiva o negativa. En otras palabras, la gente suele hablar de estar de buen o mal humor. El estado de ánimo también difiere del temperamento o los rasgos de personalidad que son incluso más duraderos. Sin embargo, rasgos de personalidad predisponen a ciertos tipos de estados de ánimo. La depresión clínica y el trastorno bipolar, se consideran trastornos del estado de ánimo.

Comportamiento y habilidades cognitivas

El comportamiento se puede definir como cualquier cosa que una persona haga en respuesta a eventos internos o externos. Las acciones pueden ser manifiestas como respuestas motoras o verbales, e indirectamente mensurables o encubiertas que implican actividades desapercibidas que involucran músculos voluntarios (42); además, los comportamientos son eventos físicos que ocurren en el cuerpo y son controlados por el cerebro. La teoría de la autorregulación temporal del comportamiento de Hall y Fong (43) sostiene que los comportamientos no saludables a menudo se asocian con placer a corto plazo, pero dañan a largo plazo, por el contrario, los comportamientos saludables a menudo tienen beneficios a largo plazo, pero costos no deseados a corto plazo, como el esfuerzo, la fatiga y el estrés. También proponen que el cambio de comportamiento ocurrirá dependiendo de las creencias de una persona sobre cómo el comportamiento actual está conectado con resultados posteriores y los valores que atribuye a los resultados que ocurren en diferentes momentos.

Cansancio e hiperreactividad

El cansancio no es un término específico y los pacientes pueden usarlo para cubrir una serie de síntomas. Aunque a menudo es autolimitado y se asocia con frecuencia con estrés psicosocial, los pacientes, pero también sus médicos, a menudo no están seguros de una causa grave y un diagnóstico adecuado (44). El cansancio suele ser autolimitado y se explica fácilmente por circunstancias obvias, pero a veces se produce en el contexto de enfermedades somáticas definidas como la anemia, el hipotiroidismo, depresión o ansiedad. La fatiga que dura más de seis

meses que no se alivia con el descanso y que se asocia con dolor muscular y deterioro de la memoria puede ser síndrome de fatiga crónica. El diagnóstico de síndrome de fatiga crónica implica una larga duración y un deterioro severo de los pacientes.

Somatización

La somatización se refiere al fenómeno en el que los pacientes experimentan y expresan sus sentimientos o emociones a través de quejas físicas y angustia. Es una condición patológica donde los pacientes experimentan múltiples manifestaciones físicas inexplicables de enfermedad o dolencia, que pueden incluir dolor, diarrea, hinchazón, vómitos, disfunción sexual, ceguera, sordera, debilidad, parálisis o problemas de coordinación (45). El trastorno de somatización es una enfermedad psiquiátrica grave y muchos pacientes desarrollan ansiedad, depresión o trastornos de personalidad concurrentes.

3.2.2 Ansiedad

La ansiedad se conceptualiza como un sentimiento vago y desagradable de miedo, preocupación, con características de tensión o malestar derivado de anticipar el peligro, de algo desconocido o extraño. Algunos autores (46,47) definen la ansiedad como un estado emocional que afecta componentes psicológicos, sociales y fisiológicos y que es una condición del ser humano. Puede volverse patológico cuando se considera excesivo y afecta el entorno psicosocial de la persona ante la situación, afectando aspectos sociales, vida familiar, desempeño laboral, entre otros.

La conceptualización actual de la etiología de los trastornos de ansiedad incluye una interacción de factores psicosociales, por ejemplo, adversidad infantil, estrés o trauma, y una vulnerabilidad genética, que se manifiesta en disfunciones neurobiológicas y neuropsicológicas. Hay varios modelos teóricos, cada uno con diversos grados de apoyo empírico. La evidencia emergente sugiere que los pacientes con ansiedad pueden experimentar una activación persistente de áreas

del cerebro asociadas con la actividad mental y el pensamiento introspectivo después de estímulos que inducen preocupación (48).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno de ansiedad más común observado en la atención primaria y afecta aproximadamente del 4% al 7% de los adultos de EE. UU. (49). Los pacientes con TAG tienen una menor satisfacción con la vida global y una menor calidad de vida relacionada con la salud. Se debe tener en cuenta que este grupo de pacientes tienen un mayor riesgo de intentos de suicidios, y aquellos con enfermedad cardiovascular concurrente experimentan más eventos cardiovasculares (50), además, puede afectar negativamente la calidad de vida del paciente e interrumpir actividades importantes de la vida diaria.

El diagnóstico requiere un amplio diferencial y precaución para identificar variables de confusión y condiciones comórbidas. Se pueden usar herramientas de detección y monitoreo para ayudar a hacer el diagnóstico y monitorear la respuesta a la terapia. El GAD-7 y la Medida de gravedad para el trastorno de pánico son herramientas de diagnóstico.

La versión final del DSM-5 define la TAG por los siguientes criterios (51):

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos 6 meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas:

1. Inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo.
2. Se fatiga con facilidad.
3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio).

El tratamiento a menudo incluye medicamentos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o psicoterapia, ambos muy eficaces. Entre los tratamientos psicoterapéuticos, la terapia cognitivo-conductual se ha estudiado ampliamente y tiene una amplia base de evidencia. Las benzodiazepinas son eficaces para reducir los síntomas de ansiedad, pero su uso está limitado por el riesgo de abuso y los perfiles de efectos adversos. La actividad física puede reducir los síntomas del TAG.

Componente somático

La percepción de los estados corporales depende en gran medida del estado de ánimo de una persona y de la atención prestada a los estados corporales más que al estado fisiológico real. Los pacientes muestran discrepancias considerables entre la percepción de los estados corporales y los cambios reales de los estados fisiológicos (52). Durante el estrés agudo, los pacientes perciben con bastante precisión la dirección, pero no la magnitud, de los cambios corporales. El aumento de la tensión muscular es el hallazgo fisiológico más constante en los pacientes ansiosos, sin embargo, muchos pacientes no son conscientes del aumento de la tensión muscular hasta que se someten a ejercicios de relajación. Si bien el aumento de la tensión muscular afecta a todo el cuerpo, puede concentrarse en grupos específicos de músculos, causando dolor de cabeza por tensión. La relación entre los estados corporales y su percepción es aún más compleja cuando se comparan los cambios durante períodos más largos (53). Por lo tanto, la mejora de la ansiedad disminuye la percepción de los síntomas físicos independientemente del efecto de la medicación en el estado corporal. El tratamiento de los síntomas físicos sin un tratamiento concomitante de la ansiedad suele ser insuficiente, pero cuando se combina con una benzodiazepina o un ansiolítico puede ayudar a reducir la dosis de esta última.

Componente cognitivo

Este componente abarca los procesos de nivel cognitivo a través del cual se presentan y analizan los datos relevantes sobre una situación, recursos y resultados esperados. El deterioro cognitivo es uno de los aspectos más significativos de la ansiedad patológica, se puede identificar deficiencias en la atención, funciones ejecutivas, memoria, déficit cognitivo, así como cogniciones y metacogniciones anormales. La evaluación del componente cognitivo de los pacientes con trastornos de ansiedad ha permitido entender la causas y permanencia, además, plantear una adecuada terapéutica clínica en busca de asegurar el éxito. Junto con la formulación cognitiva del caso, se transformaron en pilares primordiales para una psicoterapia efectiva, sirviendo de nexo entre la teoría cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico (54).

3.3. Identificación de la variable

3.3.1 variable 1: Estrés

- Estado de animo
- Cambios en le comportamiento y habilidades cognitivas
- Cansancio e hiperreactividad
- Somatización

3.3.2 variable 2: Ansiedad

- Somática
- Cognitiva

IV. METODOLÓGICA

4.1. Tipo y nivel de investigación

Según el propósito, fue una investigación pura o teórica, al respecto Chávez (55) refiere que, este tipo de investigación tienen finalidad mejorar el conocimiento mediante el hallazgo de generalidades sobre la variable de estudio.

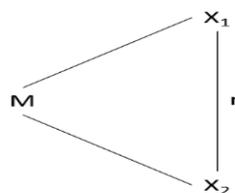
Según el nivel de profundidad fue una investigación correlacional, al respecto Tamayo (56) refiere que, si bien ya se conoce la problemática, este tipo de investigación desea establecer como la variación de una variable afecta a la otra variable.

Según la perspectiva del tiempo fue prospectiva, al respecto Chávez (57) refiere que, este tipo de estudios realizan la recolección de la información posterior a la planeación de la investigación.

Según el momento de la recopilación de datos fue transversal o transeccional, al respecto Chávez (57), refiere que la medición de un evento se realiza en una sola ocasión.

4.2. Diseño de Investigación

Planteamos un diseño no experimental, ya que, no hubo manipulación de variables ni asignación de sujetos por parte del equipo investigador, además, se realizó la observación y descripción del suceso en un contexto determinado (55).



Donde:

M= Muestra seleccionada

X1= Variable estrés

X2= Variable ansiedad

r= Coeficiente de correlación

4.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA MEDICIÓN
Estrés	Afección de la salud mental que se puede presentar en personas que han experimentado o visto algún evento traumático.	Se hará uso del Índice de Distrés Peri-traumático relacionada a la enfermedad por COVID 19 (CPDI)	D1: Estado del ánimo	P1, P2, P3, P4, P5	Escala ordinal
			D2: Cambios en el comportamiento y habilidades cognitivas	P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12	
			D3: Cansancio e hiperreactividad	P13, P14, P15, P16, P17, P20, P21	
			D4: Somatización	P18, P19, P22, P23, P24	
Ansiedad	Sentimiento vago y desagradable de miedo, preocupación, con características de tensión o malestar derivado de anticipar el peligro, de algo desconocido o extraño.	Puntaje alcanzado en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	D1: Somática	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11	Escala ordinal
			D2: Cognitiva	P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21	

4.4. Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

H1: Existe relación directa entre el estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021.

H0: No existe relación directa entre estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná – Arequipa en el año 2021.

Hipótesis específicas

H1: Existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación directa entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

4.5. Población – Muestra

La población objetivo según Arias (58) es una agrupación finita o infinita de elementos que comparte características comunes y para los cuales serán extensivas las conclusiones del estudio, quedando delimitada por el problema y objetivos de la investigación. En tal sentido, nuestra población estudio estuvo constituida por la totalidad de trabajadores de la salud que laboraban en el Área COVID del Hospital de Camaná durante el mes de octubre del 2021. Según la información brindada por el área de recursos humanos, para el periodo establecido en nuestro estudio, se contaba con 65 trabajadores entre médicos, enfermeras, biólogos y personal técnico.

Según Parra (59), la muestra es una porción que representa a la población de la cual se extrajo y que cumple con las necesidades y naturaleza de la investigación. Considerando que la población de estudio fue pequeña, se trabajó con la población objetivo, es decir, se incluyó a todas las unidades de análisis que conformaron la población. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia según Tamayo (56), en este tipo de muestreo se seleccionan las unidades muestrales de acuerdo con la accesibilidad que tenga el investigador y que a su juicio sean representativos. Por ende, se incluyó a todo personal que cumplió con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Personal de asistencial que desee participar del estudio: médicos, enfermeras, biólogos y técnicos.

Personal de salud que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Fichas con información incompleta.

4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad

Técnica

La técnica elegida para el presente estudio es la ENCUESTA, la misma que está respaldada por los test que permitirán medir el nivel de estrés y ansiedad, dicha encuesta se desarrollará a través de google forms y se enviará link de acceso por correo electrónico a cada personal de salud que labore en la Unidad COVID del Hospital de Camaná, en el mismo mensaje se adjuntará consentimiento informado. Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en una base de datos que permita su interpretación y análisis.

Instrumento.

Para evaluación del estrés se empleará Índice de Distrés Peri-traumático relacionada a la enfermedad por COVID 19 (CPDI) y para la evaluación de la ansiedad se empleará el Inventario de Beck para ansiedad de 21 ítems.

Índice de Distrés Peri-traumático relacionada a la enfermedad por COVID 19 (CPDI): El instrumento original consta de 4 dimensiones y 24 ítems en total. Para el presente estudio se aplicará la versión de Pedraz (20) traducida y validada (α de Cronbach = 0.79 [0.65; 0.90] para población peruana. Cada ítem será puntuado por escala de Likert (de 0 a 4: nunca, ocasionalmente, a veces, a menudo y la mayor parte del tiempo). A La sumatoria de cada valor por pregunta se adiciona 4 y da como resultado la puntuación bruta con los siguientes puntos de corte.

00-28: normal

29-52: leve

53-100: severo

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Cuestionario autoaplicado más utilizado para valorar el nivel de ansiedad. Consta con 21 ítems de evaluación rápida. Cada ítem se valora de 0 a 3, donde 0 corresponde a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y 3 a "severamente, casi no podía soportarlo", obteniendo un puntaje total entre 0 y 63. Se consideran los siguientes puntos de corte para interpretación:

00–21 – muy baja ansiedad

22–35 – moderada ansiedad

más de 36 – severa ansiedad

Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

4.7. Recolección de datos (parte descriptiva, frecuencia)

Para la recolección de datos se envió el formulario de Google a los correos personales de los trabajadores del área COVID, a través del mismo link se incluyó el consentimiento informado, del mismo modo se incluyó un vídeo introductorio explicando el motivo de la investigación. La recolección de datos se inició el 15 de octubre y se mantuvo abierta de opción de llenado de la encuesta hasta el 30 de octubre.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos

Se digitó la información en una matriz de datos en el programa Software Microsoft Excel 2019 que permitió ordenar, clasificar y procesar los datos obtenidos a través de las encuestas. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentaron como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la Prueba Chi Cuadrado; y para el análisis inferencial se aplicó coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados – Descriptivos

Se observa que 56.9% de los encuestados no presentó estrés, 41.5% tiene estrés leve y 1.6% estrés severo. Con respecto a la ansiedad, se observa que 89.2% presentó bajo nivel de ansiedad y 10.8% moderado nivel de ansiedad. El detalla se observa en la tabla 1.

TABLA 1: ESTRÉS Y ANSIEDAD DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ

Estrés y ansiedad		N	%
Estrés	Normal	37	56.9
	Leve	27	41.6
	Severo	1	1.6
Ansiedad	Bajo nivel	58	89.2
	Moderado nivel	7	10.8
	Alto nivel	0	0.0

Con respecto a las características generales, los resultados muestran que la edad mediana de los participantes fue 28 ± 7 años, con predominio del sexo femenino (73.8%), del estado civil soltero (67.7%) y de profesión enfermera o médico con 33.8%, detalle que se observa en la tabla 2.

TABLA 02: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ

Características Generales		N	%
Edad (mediana \pm RIQ)		28 \pm 7 años	
Sexo	Femenino	48	73.8
	Masculino	17	26.2
Estado civil	Soltero	44	67.7
	Casado	6	9.2
	Conviviente	15	23.1
Grupo ocupacional	Técnica	15	23.1
	Bióloga	6	9.2
	Enfermera	22	33.8
	Médico	22	33.8

Fuente: elaboración propia

5.2. Presentación de resultados – Tablas cruzadas

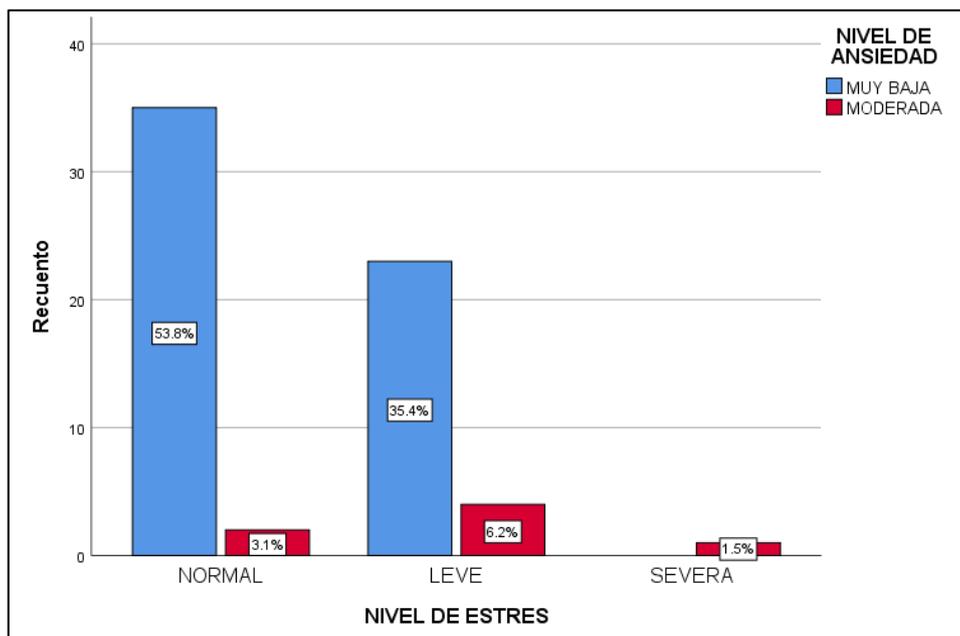
El evaluar el nivel de estrés según el nivel de ansiedad se observa que tanto en el grupo con niveles normales y bajos de estrés predomina un nivel muy bajo de ansiedad con 94.6% y 85.2% respectivamente. En el personal con estrés severo se observa nivel moderado de ansiedad, detalle que se observa en la tabla 3 y gráfico 1.

TABLA 3: NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN NIVEL DE ESTRÉS

		Nivel de estrés					
		Normal		Leve		Severa	
		N	%	N	%	N	%
Nivel de ansiedad	Muy baja	35	94.6%	23	85.2%	0	0.0%
	Moderada	2	5.4%	4	14.8%	1	100.0%
	Severa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 1: NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN NIVEL DE ESTRÉS



Se observa que tanto en el sexo femenino como masculino predomina el estrés de nivel normal con 54.2% y 64.7% respectivamente. con respecto a la ansiedad, se observa que las mujeres tienen 87.5% de ansiedad muy baja y los hombres 94.1% de ansiedad muy baja, detalle que se observa en la tabla 4, gráfico 2 y gráfico 3.

TABLA 4: NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD SEGÚN SEXO

		SEXO			
		Femenino		Masculino	
		N	%	N	%
NIVEL DE ESTRÉS	NORMAL	26	54.2%	11	64.7%
	LEVE	22	45.8%	5	29.4%
	SEVERA	0	0.0%	1	5.9%
NIVEL DE ANSIEDAD	MUY BAJA	42	87.5%	16	94.1%
	MODERADA	6	12.5%	1	5.9%
	SEVERA	0	0.0%	0	0.0%

GRÁFICO 2: NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN SEXO

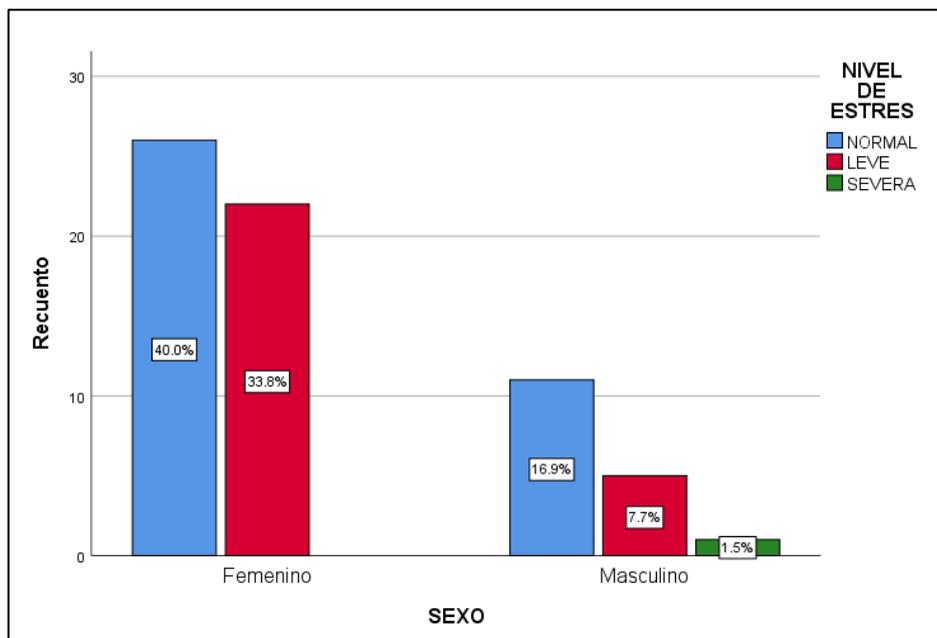
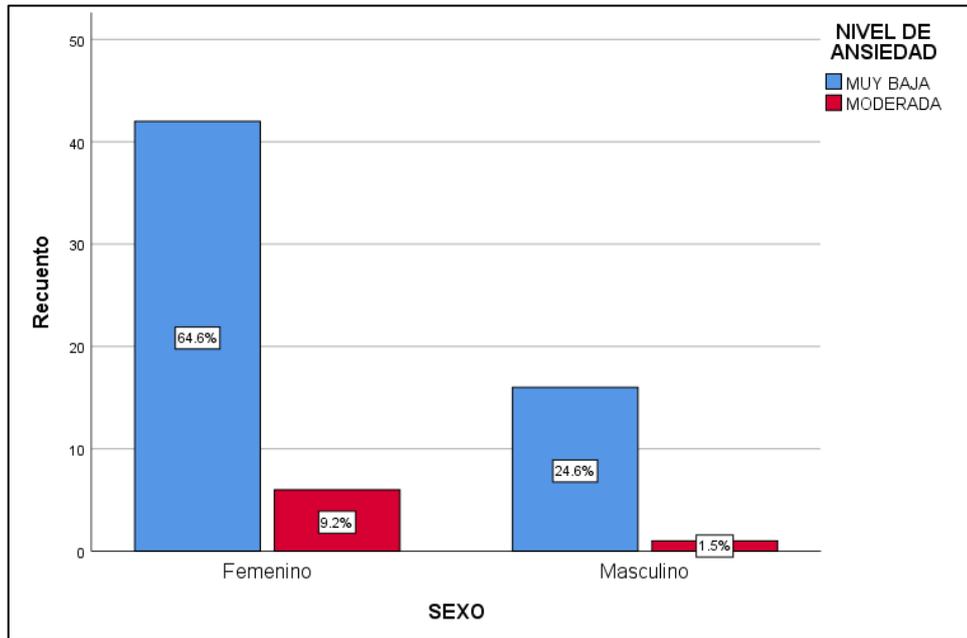


GRÁFICO 3: NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN SEXO



VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados – Prueba de hipótesis general

H1: Existe relación entre el estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021.

H0: No existe relación entre estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná – Arequipa en el año 2021.

TABLA 5: CORRELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ANSIEDAD

Correlaciones entre el estrés y ansiedad				
			Estrés	Ansiedad
Rho de Spearman	Estrés	Coeficiente de correlación	1.000	0.596**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Ansiedad	Coeficiente de correlación	.596**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 5 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,000 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre el estrés y la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,596 que en la escala de Rho de Spearman significa moderada correlación entre el estrés y la ansiedad.

H1: Existe relación entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 6: CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE ÁNIMO Y EL COMPONENTE SOMÁTICO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre el estado de ánimo y componente somático de la ansiedad				
			Estado de ánimo	Componente somático
Rho de Spearman	Estado de ánimo	Coeficiente de correlación	1.000	.300*
		Sig. (bilateral)	.	.015
		N	65	65
	Componente somático	Coeficiente de correlación	.300*	1.000
		Sig. (bilateral)	.015	.
		N	65	65

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 6 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,015 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,300 que en la escala de Rho de Spearman significa baja correlación entre el estado de ánimo y componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 7: CORRELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Y EL COMPONENTE SOMÁTICO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad				
			Cambios en el comportamiento	Componente somático
Rho de Spearman	Cambios en el comportamiento	Coeficiente de correlación	1.000	.549**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Componente somático	Coeficiente de correlación	.549**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 7 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,001 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,549 que en la escala de Rho de Spearman significa moderada correlación entre los cambios en el comportamiento y componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 8: CORRELACIÓN ENTRE EL CANSANCIO Y EL COMPONENTE SOMÁTICO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad				
			Cansancio	Componente somático
Rho de Spearman	Cansancio	Coeficiente de correlación	1.000	.670**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Componente somático	Coeficiente de correlación	.670**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 8 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,001 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,670 que en la escala de Rho de Spearman significa buena correlación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 9: CORRELACIÓN ENTRE LA SOMATIZACIÓN Y EL COMPONENTE SOMÁTICO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre la somatización y el componente somático de la ansiedad				
			Somatización	Componente somático
Rho de Spearman	Somatización	Coefficiente de correlación	1.000	.614**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Componente somático	Coefficiente de correlación	.614**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 9 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,001 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,614 que en la escala de Rho de Spearman significa buena correlación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 10: CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE ÁNIMO Y EL COMPONENTE COGNITIVO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad				
			Estado de ánimo	Componente cognitivo
Rho de Spearman	Estado de ánimo	Coeficiente de correlación	1.000	.196
		Sig. (bilateral)	.	.118
		N	65	65
	Componente cognitivo	Coeficiente de correlación	.196	1.000
		Sig. (bilateral)	.118	.
		N	65	65

En la tabla 10 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,118 mayor al 0,05, lo que nos indica que no existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis nula, vale decir que: No existe relación significativa entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H1: Existe relación entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 11: CORRELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Y EL COMPONENTE COGNITIVO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad				
			Cambios en el comportamiento	Componente cognitivo
Rho de Spearman	Cambios en el comportamiento	Coeficiente de correlación	1.000	.292*
		Sig. (bilateral)	.	.018
		N	65	65
	Componente cognitivo	Coeficiente de correlación	.292*	1.000
		Sig. (bilateral)	.018	.
		N	65	65

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 11 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,018 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,292 que en la escala de Rho de Spearman significa baja correlación entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 12: CORRELACIÓN ENTRE EL CANSANCIO Y EL COMPONENTE COGNITIVO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad				
			Cansancio	Componente cognitivo
Rho de Spearman	Cansancio	Coeficiente de correlación	1.000	.474**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Componente cognitivo	Coeficiente de correlación	.474**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 12 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,001 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,474 que en la escala de Rho de Spearman significa moderada correlación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad.

H1: Existe relación entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

H0: No existe relación entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

TABLA 13: CORRELACIÓN ENTRE LA SOMATIZACION Y EL COMPONENTE COGNITIVO DE LA ANSIEDAD

Correlaciones entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad				
		Componente		
		Somatización		cognitivo
Rho de Spearman	Somatización	Coeficiente de correlación	1.000	.443**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	65	65
	Componente cognitivo	Coeficiente de correlación	.443**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	65	65

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 13 se muestra los resultados de la correlación y del valor de significancia. Se observa que el p-valor obtenido es de 0,001 menor al 0,05, lo que nos indica que existe correlación, por lo que se acepta la hipótesis alterna, vale decir que: Existe relación significativa entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. Además, se tiene un coeficiente de correlación igual a 0,443 que en la escala de Rho de Spearman significa moderada correlación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad.

6.2 Comparación de resultados con antecedentes

Nuestra investigación encontró que la frecuencia de estrés y ansiedad entre el personal de salud del área COVID del Hospital de Apoyo de Camaná fue de 53.1% y 10.8% respectivamente. Al respecto Du J et al (22) reportaron que al menos el 20.1% de su muestra de trabajadores sanitarios tenían síntomas leves de ansiedad y más de la mitad 59.0% tenían niveles de estrés de moderados a graves. Guo J (23) en una población de 11118 trabajadores de salud encontró que 4.98% tenía niveles medios y altos de ansiedad desde el brote de COVID-19. Lai et al (25) en una población de 1257 trabajadores de salud informó síntomas de ansiedad en 44.6%. Zhu et al (26) reportaron estrés en 29.8% y ansiedad en 24.1% de los trabajadores sanitarios entrevistados. Dal'Bosco et al (27) reportaron ansiedad en 48.9% del personal de enfermería. Giusti et al (28) reportaron ansiedad en 31.3% y estrés en 34,3% de su muestra. Wasim et al (29) en una población de 356 trabajadores de salud encontraron síntomas de ansiedad en 64.7% y estrés en 55.3%. Alnazly et al (31) en una muestra de 365 trabajadores encontraron ansiedad extremadamente severa en 60.0% de la muestra. Villarreal et al (32) entre 830 participantes encontraron ansiedad en 11.7% y estrés en 14.9%. Condori (21) entre 395 médicos encontró que el 35.7% de los participantes tenía algún síntoma de ansiedad y 31.9% de insomnio. En las profesiones del área de la salud, prevalece la ansiedad y el estrés, ya que están en contacto directo e incesante con el dolor, el sufrimiento, la angustia, el miedo, la pérdida y la muerte, que pueden desencadenar consecuencias físicas, emocionales, además de interferir en la calidad de la atención. Esta variabilidad entre resultados puede estar en relación con el tipo de población incluida en cada estudio ya que algunos autores han trabajado con personal de salud de primera línea en el tratamiento de pacientes COVID donde las tasas de estrés y ansiedad tienden a ser mayores, y otros han incluido personal de salud de unidades intermedias. Del mismo modo, la fecha del estudio en relación con el inicio de la pandemia podría guardar relación con esta variable, ya que estudios realizados durante las primeras olas o picos de la pandemia muestran valores más elevados en comparación con estudios de fechas posteriores, esto puede estar en relación con la adaptación y aceptación de los riesgos por el personal de salud.

Con respecto a las características generales de la muestra, encontramos que la edad mediana de los participantes fue 28 ± 7 años, con predominio del sexo femenino 73.8%, estado civil soltero 67.7% y de profesión enfermera o médico 33.8%. Estos resultados son similares a los encontrados por Du et al (22) quienes reportaron que la población estudiada tenía edad media de 36 ± 8.05 años, 60.5% eran mujeres, 41.0% eran enfermeras y 35.1% médicos. Lai et al (25) reportaron que el grupo etario de 26 a 40 años representó el 64.7% de su muestra, 76.7% eran mujeres, 60.8% eran enfermeras, 39.2% eran médicos y 41.5% eran trabajadores de atención médica de primera línea. Buselli et al (30) en una población de 265 trabajadores sanitarios reportaron 68.9% de mujeres y que la edad media de la muestra fue 40.4 ± 11.2 años, 50.2% era personal de enfermería, 32.1% personal médico y 17.7% auxiliares de salud. Condori (21) reportó que de los 395 médicos 53.9% era mujeres y que la edad mediana fue 31 años. Al evaluar el nivel de estrés según el nivel de ansiedad se observó que tanto en el grupo con niveles normales y bajos de estrés predominó un nivel muy bajo de ansiedad con 94.6% y 85.2% respectivamente. En el personal con estrés severo se observa nivel moderado de ansiedad. Se observa que tanto en el sexo femenino como masculino predomina el estrés de nivel normal con 54.2% y 64.7% respectivamente. Con respecto a la ansiedad, se observa que las mujeres tienen 87.5% de ansiedad muy baja y los hombres 94.1% de ansiedad muy baja. En cuanto a las diferencias de género en el estrés y ansiedad, tanto hombres como mujeres parecían sufrir por igual. Esto podría deberse a que el bloqueo actual y el miedo a infectarse con Covid-19 son tan generalizados que experiencias similares de angustia son evidentes independientemente del género. Para los profesionales de la salud, las tasas de estrés y ansiedad pueden estar relacionadas el trabajo fatigante con situaciones extremadamente desafiantes y que duran mucho tiempo en horas.

El análisis inferencial entre el estrés y ansiedad del personal de salud que trabaja en unidad COVID obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman $r=0.596$ $p<0.01$ confirmando una correlación positiva entre ambas variables. Resultado que concuerda con lo encontrado por Rehman et al (24) quienes reportaron que el coeficiente de correlación entre el estrés y la ansiedad fue de 0.73. Esto se puede

deber a que las personas bajo estrés experimentan síntomas mentales y físicos, como irritabilidad, ira, fatiga, dolor muscular, problemas digestivos y dificultad para dormir, generando ansiedad que se traduce en preocupaciones persistentes y excesivas que no desaparecen incluso en ausencia del factor estresante. Además, existe una complejidad de conceptualizar la ansiedad y el estrés, ya que estos se viven de manera personal, determinados por rasgos individuales que se mueven según el grado de incertidumbre, autoestima y recursos internos disponibles para la resolución de problemas.

Aunque la investigación ha hecho contribuciones significativas y puede ser utilizada para abordar los efectos psicológicos adversos durante el Covid-19 y el confinamiento, tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra era bastante pequeño. En segundo lugar, se utilizó formularios de Google en línea para la recopilación de datos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe una correlación moderada entre el estrés y la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
2. Existe una correlación baja entre el estado del ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
3. Existe una correlación moderada entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
4. Existe una correlación buena entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
5. Existe una correlación buena entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
6. No existe correlación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
7. Existe una correlación baja entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
8. Existe una correlación moderada entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.
9. Existe una correlación moderada entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.

RECOMENDACIONES

A los directores de los hospitales se les recomienda la creación de un protocolo médico que permita a los profesionales de la salud permanecer resilientes incluso en las peores condiciones.

A futuros investigadores recomendarles realizar estudios analíticos que permitan profundizar nuestra investigación.

El personal de salud de la unidad covid-19 del hospital de camana debe de recibir talleres, como medida de prevención en contra del estrés y ansiedad.

Al personal de salud de la unidad covid-19 del hospital de camana deberá de disponer el área de psicología, para trabajar en aspectos, como ansiedad y estrés laboral, con estrategias y técnicas de fortalecimiento.

Fortalecimiento de la investigación del personal de salud peruano en forma interdisciplinaria permitiendo esto una integral mirada para su intervención.

Desarrollar guías que permitan detectar factores de riesgo y protección orientado al personal de salud y población en general, para predecir y orientar la salud mental en esta etapa de pandemia.

Que el jefe del área covid a través de los psicólogos evalúe anualmente los niveles de ansiedad y rasgos de ansiedad en todos los profesionales de la salud del área covid,

Realizar estudios similares en los diferentes servicios del Hospital de Apoyo Camaná.

Implementar programas de recreación grupal para el personal q labora en el área Covid-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lakhan R, Agrawal A, Sharma M. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic. *J Neurosci Rural Pract.* 2020; 11(4): 519-525.
2. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2021; 141: 110343.
3. Sahebi A, Nejati B, Moayedi S, et al. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021; 107: 110247.
4. Saragih I, Tonapa S, Saragih I, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021; 121: 104002.
5. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395: 912–920.
6. Liu J, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020; S2352–4642(20): 30096-1.
7. Fiest K, Parsons J, Krewulak K, et al. Experiences and management of physician psychological symptoms during infectious disease outbreaks: a rapid review. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1): 91.
8. Tam C, Pang E, Lam L, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004; 34(7): 1197–1204.
9. Puangsri P, Jinanarong V, Wattanapisit A. Impacts on and Care of Psychiatric Patients during the Outbreak of COVID-19. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2021; 17: 52-60.
10. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020; 368: 1211.

11. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3
12. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang B. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 14.
13. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020; 16(1): 57
14. Preti E, Di Mattei V, Perego G, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2020; 22(8): 43.
15. Zhang M, Zhou M, Tang F, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect*. 2020; 105(2): 183-187.
16. Hummel S, Oetjen N, Du J, et al. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 2021; 23(1): e24983.
17. Sánchez E, García J, García E, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians-A Voluntary Online Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(16): 8310.
18. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo A, et al. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile [Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic]. *Rev Med Chil*. 2020; 148(8): 1121-1127.
19. Civantos A, Bertelli A, Gonçalves A, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. *Am J Otolaryngol*. 2020; 41(6): 102694.
20. Pedraz B, Krüger H, Arevalo M, et al. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021: S0034-7450(21)00082-2.
21. Condori Y. Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los

- hospitales de la región Arequipa. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín. 2020.
22. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, Liu B, Zhang M, Yin Y, Qin J, Bouey J, Zhao M, Li X. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020; 67: 144-145.
 23. Guo J, Liao L, Wang B. Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey of china mainland. *SSRN Electron. J*. 2020.
 24. Rehman U, Shahnawaz M, Khan N, Kharshiing K, Khursheed M, Gupta K, et al. Depression, Anxiety and Stress Among Indians in times of Covid-19 Lockdown. *Community Ment Health J*. 2021; 57(1): 42-48.
 25. Lai J, Ma S, Wang Y. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw. Open*. 2020; 3.
 26. Zhu Z, Xu S, Wang H. COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *medRxiv*. 2020; 02(20): 20025338.
 27. Dal'Bosco E, Floriano L, Skupien S, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2): e20200434.
 28. Wasim T, Raana G, Bushra N, et al. Effect of COVID-19 pandemic on mental wellbeing of healthcare workers in tertiary care hospital. *Ann King Edward Med Univ*. 2020; 26: 140–4.
 29. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(17): 6180.
 30. Alnazly E, Khraisat O, Al-Bashaireh A, et al. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One*. 2021; 16(3): e0247679.
 31. Pedraz B, Krüger H, Arevalo M, et al. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021; 50(3): 189-198.

32. Villarreal D, Copez A, Vilela A. Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 455.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
34. Benjet C, Bromet E, Karam E. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med* 2016; 46: 327-43.
35. Karam E, Friedman M, Hill E. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014; 31: 130-42
36. Hoge C, Riviere L, Wilk J, Herrell R, Weathers F. The prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 269-77.
37. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
38. Bell V, Wade D. Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021; 56(1): 1-11.
39. Kempuraj D, Selvakumar G, Ahmed M, Raikwar S, Thangavel R, Khan A, et al. COVID-19, Mast Cells, Cytokine Storm, Psychological Stress, and Neuroinflammation. *Neuroscientist*. 2020; 26(5-6): 402-414
40. Hossain M, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. 2020; 9: 636.
41. Mikkelsen K, Stojanovska L, Polenakovic M, Bosevski M, Apostolopoulos V. Exercise and mental health. *Maturitas*. 2017; 106: 48-56.
42. Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychol Rev*. 2015; 9(3): 323-44.

43. Kwasnicka D, Dombrowski S, White M, Sniehotta F. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev.* 2016; 10(3): 277-96.
44. Stadje R, Dornieden K, Baum E, Becker A, Biroga T, Bösner S, et al. The differential diagnosis of tiredness: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2016; 17(1): 147.
45. Sitnikova K, Dijkstra S, Mokkink L, Terluin B, van Marwijk H, et al. Systematic review of measurement properties of questionnaires measuring somatization in primary care patients. *J Psychosom Res.* 2017; 103: 42-62.
46. Crocq M. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015; 17(3): 319-25.
47. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. Continuum (Minneapolis, Minn). *J Neuropsychiatry* 2018; 24(3): 893-919.
48. Lau E, Rapee R. Prevention of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(4): 258-66.
49. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017; 19(2): 87-88
50. Tully P, Harrison N, Cheung P, Cosh S. Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. *Curr Cardiol Rep.* 2016; 18(12): 120.
51. Park S, Kim Y. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. *Adv Exp Med Biol.* 2020; 1191: 187-196.
52. Carlucci L, Watkins M, Sergi M, Cataldi F, Saggino A, Balsamo M. Dimensions of Anxiety, Age, and Gender: Assessing Dimensionality and Measurement Invariance of the State-Trait for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) in an Italian Sample. *Front Psychol.* 2018; 9: 2345.
53. Wang Y, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* 2013; 35(4): 416-31.
54. Solano A, Moore S. Dimensions of Body-Awareness and Depressed Mood and Anxiety. *West J Nurs Res.* 2019; 41(6): 834-853.
55. Chávez R. Introducción a la investigación metodología de investigación. 1 ed. Machala. Universidad Técnica de Machala; 2015.
56. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 4 ed. México. Limusa; 2002.
57. Chávez N. Introducción a la investigación educativa. 3 ed. Maracaibo; 2007.

58. Arias F. El Proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 5 ed. Caracas. Episteme; 2006.
59. Parra J. Guía de muestreo. Maracaibo. Universidad del Zulia; 2003.
60. Vera J. Comparación de eficiencias en escalas para ansiedad aplicadas a pacientes psoriásicos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza julio - octubre 2016. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Privada San Juan Bautista. 2018.

ANEXOS

ANEXO 01: Matriz de consistencia

Título: Nivel de estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná – Arequipa 2021.

Responsables: Martha Mamani Campos

Rosa Luz Vanesa Ramos Halanoca

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Qué relación existe entre el estrés y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021?</p> <p>Problemas específicos P.E.1: ¿Qué relación existe entre el estado del ánimo y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa? P.E.2: ¿Qué relación existe entre los cambios en el comportamiento y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el estrés y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021.</p> <p>Objetivos específicos: O.E.1: Determinar la relación entre el estado del ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa O.E.2: Determinar la relación entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que</p>	<p>Hipótesis general Existe relación directa entre estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa en el año 2021. No existe relación directa entre estrés y ansiedad en el personal de salud de la Unidad COVID del Hospital de Camaná – Arequipa en el año 2021.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa. No existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p>	<p>Variable 1: Estrés Variable 2: Ansiedad.</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Diseño de Investigación: Descriptivo, correlacional. Diseño: No experimental Población: Médicos, enfermeras, biólogos y técnicos que laboren en Unidad Covid del Hospital Camaná Muestra: Conformada por 65 trabajadores de la salud Técnica e instrumentos: Técnica: La encuesta Instrumentos: Cuestionario Índice de Distrés Peritraumático por COVID 19 (CPDI) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</p>

<p>P.E.3: ¿Qué relación existe entre el cansancio y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p> <p>P.E.4: ¿Qué relación existe entre la somatización y ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p> <p>P.E.5: ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p> <p>P.E.6: ¿Qué relación existe entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p> <p>P.E.7: ¿Qué relación existe entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p> <p>P.E.8: ¿Qué relación existe entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el</p>	<p>labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>O.E.3: Determinar la relación entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>O.E.4: Determinar la relación entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>P.E.5: Determinar la relación entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>P.E.6: Determinar la relación entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>P.E.7: Determinar la relación entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p>	<p>Existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre el cansancio y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre la somatización y el componente somático de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p>		
---	---	---	--	--

<p>personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa?</p>	<p>P.E.8: Determinar la relación entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p>	<p>No existe relación directa entre el estado de ánimo y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre los cambios en el comportamiento y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre el cansancio y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>Existe relación directa entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p> <p>No existe relación directa entre la somatización y el componente cognitivo de la ansiedad en el personal de salud que labora en la Unidad COVID del Hospital de Camaná de Arequipa.</p>		
--	--	--	--	--

ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA MEDICIÓN
Estrés	Afección de la salud mental que se puede presentar en personas que han experimentado o visto algún evento traumático.	Se hará uso del Índice de Distrés Peri-traumático relacionada a la enfermedad por COVID 19 (CPDI)	D1: Estado del ánimo	P1, P2, P3, P4, P5	Escala ordinal
			D2: Cambios en el comportamiento y habilidades cognitivas	P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12	
			D3: Cansancio e hiperreactividad	P13, P14, P15, P16, P17, P20, P21	
			D4: Somatización	P18, P19, P22, P23, P24	
Ansiedad	Sentimiento vago y desagradable de miedo, preocupación, con características de tensión o malestar derivado de anticipar el peligro, de algo desconocido o extraño.	Puntaje alcanzado en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	D1: Somática	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11	Escala ordinal
			D2: Cognitiva	P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21	

Recopilo información sobre el COVID-19 todo el tiempo. Aunque no sea necesario, no puedo evitarlo					
Creo en todas las fuentes con información sobre el COVID-19 sin evaluarlas previamente					
Prefiero creer en las noticias negativas sobre el COVID-19 y tener una opinión más escéptica sobre las noticias buenas					
Estoy constantemente compartiendo noticias sobre el COVID-19 (mayormente información negativa)					
Evito ver noticias sobre el COVID-19 por el miedo que me genera					
Me siento más irritable y estoy teniendo conflictos frecuentes con mi familia					
Me siento cansado y a veces hasta exhausto					
Debido a la ansiedad, mis reacciones se están volviendo más lentas					
Me es difícil concentrarme					
Me es difícil tomar decisiones					
Durante este periodo de COVID-19, regularmente me siento mareado o tengo dolor de espalda y molestia en el pecho					
Durante este periodo de COVID-19, suelo tener dolor de estómago, hinchazón, y otras molestias estomacales					
Me siento incómodo al comunicarme con otras personas					
Recientemente, rara vez hablo con mi familia					
No logro dormir bien. Siempre sueño que mi familia o yo estamos infectados con el COVID-19					
Perdí mi apetito					
Tengo estreñimiento o ganas de orinar muy seguido					

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Nota: Responde a las siguientes preguntas con una sola alternativa.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
Torpe o entumecido	()	()	()	()
Acalorado	()	()	()	()
Con temblor en las piernas	()	()	()	()
Incapaz de relajarse	()	()	()	()
Con temor a que ocurra lo peor	()	()	()	()
Mareado, o que se le va la cabeza	()	()	()	()
Con latidos del corazón fuertes y acelerados	()	()	()	()
Inestable	()	()	()	()
Atemorizado o asustado	()	()	()	()
Nervioso	()	()	()	()
Con sensación de bloqueo	()	()	()	()
Con temblores en las manos	()	()	()	()
Inquieto, inseguro	()	()	()	()
Con miedo a perder el control	()	()	()	()
Con sensación de ahogo	()	()	()	()
Con temor a morir	()	()	()	()
Con miedo	()	()	()	()
Con problemas digestivos	()	()	()	()
Con desvanecimientos	()	()	()	()
Con rubor facial	()	()	()	()
Con sudores, fríos o calientes	()	()	()	()

ANEXO 4: FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE CAMANA- AREQUIPA 2021

Instrumento: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK(BAI)

Nombre del Experto: LUIS RIVAS ROMERO

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis adecuada en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ninguna


Dr. Luis Rivas Romero
Docente Investigador
Cod. ORCID N° 000-0003-0820-153x

Nombre: Luis Rivas Romero
No. DNI: 09155398

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE CAMANA – AREQUIPA 2021

NOMBRE DEL EXPERTO: Saida O. Zea Checa

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis adecuada en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

—



Nombre: Saida O. Zea Checa
No. DNI: 42548738 CEP: 50831

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE CAMANA – AREQUIPA 2021

NOMBRE DEL EXPERTO: *Virginia Arapa Ramos*

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxis adecuada en el cuestionario	<i>Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>Cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES


Virginia Arapa Ramos
C.C. 29215
C.S. SANTA ADRIANA

Nombre: *Virginia Arapa Ramos*
No. DNI: *02415434* *CEP. 39215*

Validación del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a la enfermedad por coronavirus 2019 (CPDI) para su uso en el Perú.

CPDI Original, 24 items			
	V	CI95	Si se remueve el item α de Cronbach
S1	0.85	[0.74; 0.90]	0.93
S2	0.75	[0.64; 0.83]	0.92
S3	0.79	[0.67; 0.86]	0.93
S4	0.66	[0.54; 0.76]	0.92
S5	0.76	[0.64; 0.84]	0.92
S6	0.81	[0.69; 0.88]	0.93
S7	0.60	[0.48; 0.70]	0.92
S8	0.82	[0.70; 0.89]	0.93
S9	0.81	[0.69; 0.88]	0.92
S10	0.77	[0.65; 0.85]	0.92
S11	0.81	[0.69; 0.89]	0.92
S12	0.88	[0.76; 0.94]	0.92
S13	0.88	[0.76; 0.94]	0.92
S14	0.85	[0.72; 0.92]	0.92
S15	0.64	[0.52; 0.75]	0.92
S16	0.79	[0.66; 0.88]	0.93
S17	0.81	[0.68; 0.89]	0.93
S20	0.66	[0.53; 0.77]	0.92
S21	0.84	[0.71; 0.92]	0.92
S18	0.84	[0.71; 0.92]	0.92
S19	0.77	[0.64; 0.87]	0.92
S22	0.89	[0.77; 0.97]	0.92
S23	0.87	[0.74; 0.94]	0.92
S24	0.75	[0.61; 0.85]	0.92
<hr/>			
D1	0.76	[0.62; 0.86]	
D2	0.78	[0.64; 0.88]	
D3	0.78	[0.64; 0.88]	
D4	0.82	[0.68; 0.92]	
Total	0.79	[0.64; 0.89]	

Fuente: Pedraz et al (20)

Validación de la Escala de Beck

Consistencia interna para la Escala de Beck.

Escalas para Ansiedad	Alfa Cronbach	de N de elementos
Escala de Beck	,728	21

Validez de constructo para la Escala de Beck.

Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Beck		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,560
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	361,305
	GI	210
	Sig.	,000

Fuente: Vera J (60).

Anexo 5: BASE DE DATOS

ID	EDAD	SEXO	EST CIVIL	GRUPO OCUP	COND LABORAL	ANIMO	COMPORT	CANSAN	SOMATI	TOTAL1	SOMATICA	COGNITIVA	TOTAL2
1	26	0	1	3	1	6	5	8	7	30	5	2	7
2	23	0	1	3	1	8	11	8	6	37	8	1	9
3	28	1	1	4	3	2	0	0	0	6	0	0	0
4	25	0	1	3	1	8	8	15	8	43	12	10	22
5	37	0	3	1	1	9	13	6	6	38	7	6	13
6	27	1	1	4	1	1	8	20	7	40	3	6	9
7	25	0	1	4	1	11	7	4	7	33	10	11	21
8	23	0	1	1	1	7	8	11	5	35	11	14	25
9	25	0	1	3	1	8	3	5	4	24	8	8	16
10	35	0	1	3	2	6	2	3	1	16	1	3	4
11	23	0	1	3	1	4	10	9	7	34	7	1	8
12	39	0	1	3	2	11	5	2	3	25	1	2	3
13	29	0	2	3	1	4	4	2	0	14	0	0	0
14	32	0	3	3	2	7	2	3	1	17	0	0	0
15	31	0	1	3	1	6	1	1	1	13	0	2	2
16	52	0	1	1	1	4	2	4	0	14	0	0	0
17	27	1	1	4	1	7	11	2	0	24	0	0	0
18	32	0	3	3	1	3	3	5	3	18	0	1	1
19	32	0	1	1	1	8	9	10	3	34	5	3	8
20	24	0	1	3	1	2	7	3	4	20	23	12	35
21	36	0	3	1	1	4	14	12	0	34	17	18	35
22	40	0	2	1	1	4	7	15	10	40	9	2	11
23	34	0	2	1	1	8	6	11	4	33	4	4	8

24	28	0	1	3	1	6	10	6	4	30	6	1	7
25	33	0	2	3	1	12	4	6	1	27	0	2	2
26	38	0	2	1	1	10	7	10	7	38	9	5	14
27	42	1	1	1	1	10	8	10	4	36	10	6	16
28	31	0	3	3	2	5	5	5	1	20	5	9	14
29	28	1	1	4	1	0	0	0	0	4	0	0	0
30	27	0	1	4	1	4	2	0	0	10	0	0	0
31	32	0	3	1	1	3	8	5	1	21	6	5	11
32	29	1	1	4	1	8	4	6	2	24	3	1	4
33	37	0	1	3	1	3	5	2	3	17	7	5	12
34	25	0	1	4	1	8	4	10	3	29	5	2	7
35	28	0	1	4	1	11	6	10	4	35	10	9	19
36	29	1	1	4	1	2	3	5	1	15	4	0	4
37	21	1	3	1	1	12	16	12	11	55	12	10	22
38	28	0	1	4	2	4	5	3	4	20	2	3	5
39	28	0	1	4	1	10	5	8	6	33	4	3	7
40	23	0	1	3	1	5	2	6	2	19	7	3	10
41	30	0	1	4	1	9	6	10	4	33	7	3	10
42	24	0	1	3	1	11	10	9	6	40	5	2	7
43	28	1	3	4	1	9	10	6	4	33	4	1	5
44	23	0	3	1	1	2	1	5	3	15	2	2	4
45	29	0	1	4	1	5	0	5	0	14	4	1	5
46	30	0	3	4	1	3	2	3	1	13	2	3	5
47	28	1	1	4	1	6	2	2	1	15	3	2	5
48	34	1	3	4	1	3	2	4	2	15	1	4	5
49	31	0	3	3	1	4	4	6	0	18	3	1	4
50	25	0	3	3	1	3	4	3	1	15	1	1	2
51	24	0	1	1	1	3	2	3	1	13	3	2	5
52	27	0	1	2	1	7	3	5	4	23	6	4	10
53	34	1	1	4	1	8	10	7	1	30	3	1	4
54	28	1	1	2	1	10	8	2	1	25	0	0	0

55	24	0	3	3	1	7	13	4	2	30	2	0	2
56	25	0	1	2	1	6	11	8	5	34	10	6	16
57	26	0	1	3	1	8	3	3	5	23	0	0	0
58	28	0	2	2	1	3	2	10	2	21	5	9	14
59	36	1	3	2	1	4	3	3	1	15	3	5	8
60	48	1	1	2	1	6	3	4	4	21	6	4	10
61	24	0	1	4	1	8	7	7	2	28	11	16	27
62	24	0	1	1	1	11	10	12	3	40	8	8	16
63	28	1	1	4	1	9	8	11	6	38	3	0	3
64	22	0	1	1	1	10	13	14	8	49	17	10	27
65	26	1	1	4	1	4	5	4	0	17	1	0	1

ANEXO 6: INFORME DE TURNITIN AL 28% DE SIMILITUD

ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UNIDAD COVID DEL HOSPITAL DE CAMANA – AREQUIPA 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.autonmadeica.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.utn.edu.ec	

	Fuente de Internet	1 %
9	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	1 %
10	Submitted to Universidad Autónoma de Aguascalientes Trabajo del estudiante	1 %
11	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	1 %
13	wetklast.wordpress.com Fuente de Internet	1 %
14	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	www.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
16	Submitted to Universidad de Lima Trabajo del estudiante	1 %
17	www.scielo.br Fuente de Internet	1 %
18	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia Trabajo del estudiante	1 %