



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora

Trabajo de Titulación previo a la
obtención del título de
Medica General

AUTORA:

Ariana Michelle Sucunuta Coronel

DIRECTORA:

Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

Educamos para Transformar

Certificación

Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes del desarrollo del trabajo de titulación titulado “**Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora**”, de la autoría de la Srta. Ariana Michelle Sucunuta Coronel, estudiante de la carrera de Medicina Humana, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de forma y fondo, exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para los procesos de obtención del título de Médica General, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 10 marzo de 2022



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ESTHER REYES
RODRIGUEZ**

.....

Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

Directora de Tesis

Autoría

Yo, **Ariana Michelle Sucunuta Coronel**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Cédula de identidad: 1150155461

Fecha: 26 de junio de 2023

Correo electrónico: ariana.sucunuta@unl.edu.ec

Teléfono: 0993200057

Carta de Autorización

Yo, **Ariana Michelle Sucunuta Coronel**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado **Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora**, como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar este contenido de este Trabajo de Titulación en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiséis días del mes de junio de dos mil veintitrés.

Autor: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Cédula de identidad: 1150155461

Dirección: Urbanización Los Rosales, Dalias y 18 de noviembre

Correo electrónico: ariana.sucunuta@unl.edu.ec

Teléfono: 0993200057

Datos Complementarios:

Directora del Trabajo de Titulación: Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

Dedicatoria

A Dios por guiarme en cada etapa de mi vida. A mis padres, hermano y abuelitos por ser mi motivación para no desfallecer y ser mi principal apoyo durante el transcurso de mi formación profesional.

Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja por otorgarme los recursos necesarios para lograr mis objetivos.

Al Hospital Isidro Ayora, especialmente al personal de salud que trabajó en las áreas adaptadas para la atención de pacientes COVID 19, por sus esfuerzos para contrarrestar la pandemia causada por este virus y por su accesibilidad a participar en este estudio.

A la Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc. quién me brindó su apoyo y orientación en el desarrollo del presente Trabajo de Titulación.

A mi familia y amigos por acompañarme en mi vida universitaria y darme su apoyo incondicionalmente.

Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Índice

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Anexos.....	xii
1. Título	1
2. Resumen	2
3. Introducción	4
4. Marco teórico.....	7
4.1. Personal de Salud.....	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. Categorías	7
4.1.3. Campos de formación profesional	7
4.1.3.1. Medicina	7
4.1.3.2. Servicios médicos	7
4.1.3.3. Enfermería	8
4.1.3.4. Servicios dentales	8
4.1.4. Factores de riesgo laboral	8

4.1.4.1. Factores de riesgo biológico.....	8
4.1.4.2. Factores de riesgo psicosocial	9
4.1.4.3. Factores de riesgo fisiológico o ergonómico	9
4.1.4.4. Factores de riesgo químico	9
4.2. Características sociodemográficas.....	9
4.2.1. Definición	9
4.2.2. Edad	9
4.2.3. Sexo	10
4.2.5. Nivel de Escolaridad	10
4.2.6. Estado civil	10
4.2.7. Grupo Socioeconómico	11
4.3. Ansiedad.....	13
4.3.1. Definición	13
4.3.2. Tipos	14
4.3.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada	14
4.3.2.2. Trastornos de pánico	14
4.3.2.3. Fobias Específicas	14
4.3.2.4. Trastorno de ansiedad social	15
4.3.2.5. Trastorno obsesivo-compulsivo	15
4.3.2.6. Trastorno de estrés postraumático	15
4.3.3. Factores de Riesgo	16
4.3.3.1. Factores Socioambientales	16
4.3.3.2. Personalidad	17

4.3.3.3. <i>Factores genéticos</i>	17
4.3.4. Diagnóstico	17
4.3.5. Tratamiento.....	23
4.3.5.1. <i>Psicoterapia</i>	23
4.3.5.2. <i>Tratamiento Farmacológico</i>	23
4.4. Depresión	24
4.4.1. Definición	24
4.4.2. Tipos	24
4.4.2.1. <i>Depresión mayor</i>	24
4.4.2.2. <i>Trastorno depresivo persistente</i>	24
4.4.3. Factores de Riesgo	25
4.4.3.1. <i>Factores Genéticos</i>	25
4.4.3.2. <i>Factores Socioambientales</i>	25
4.4.3.3. <i>Factores demográficos, socioeconómicos y culturales</i>	25
4.4.3.4. <i>Factores psicológicos</i>	25
4.4.3.5. <i>Factores relacionados con el estilo de vida</i>	26
4.4.4. Diagnóstico	26
4.4.5. Tratamiento	28
4.4.5.1. <i>Psicoterapia</i>	28
4.4.5.2. <i>Tratamiento Farmacológico</i>	28
5. Metodología	29
5.1. Enfoque.....	29
5.2. Tipo de diseño utilizado.....	29

5.3. Unidad de estudio	29
5.4. Universo	29
5.5. Muestra	29
5.6. Criterios de inclusión.....	29
5.7. Criterios de exclusión.....	30
5.8. Técnicas	30
5.9. Instrumentos.....	30
5.10. Procedimiento	31
5.11. Equipo y materiales.....	31
5.12. Análisis Estadísticos.....	31
6. Resultados.....	32
6.1. Resultados para el primer objetivo	32
6.2. Resultados para el segundo objetivo	34
6.3. Resultados para el tercer objetivo	36
7. Discusión.....	39
8. Conclusiones	43
9. Recomendaciones	44
10. Bibliografía.....	45
11. Anexos.....	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Síntomas de ansiedad presentes en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes con diagnóstico de COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021.	32
Tabla 2. Síntomas de depresión presentes en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes con diagnóstico de COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021.....	33
Tabla 3. Características sociodemográficas del personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021.....	34
Tabla 4. Relación de las características sociodemográficas y laborales con los síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora	36

Índice de Anexos

11.1. Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis.....	50
11.2. Anexo 2. Designación de director de tesis.....	51
11.3. Anexo 3. Autorización para recolección de datos.....	52
11.4. Anexo 4. Traducción certificada.....	53
11.5. Anexo 5. Certificado del tribunal de grado	54
11.6. Anexo 6. Consentimiento informado.....	55
11.7. Anexo 7. Hoja de recolección de datos.....	59
11.8. Anexo 8. Escala de ansiedad y depresión de Golberg.....	64
11.9. Anexo 9. Matriz de datos.....	65

1. Título

Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital

Isidro Ayora

2. Resumen

Durante la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID 19 las largas jornadas de trabajo, el miedo al contagio, el aislamiento obligatorio, el desconocimiento de la enfermedad, entre otros factores, afectaron el bienestar mental del personal de salud. Esta investigación tuvo como finalidad determinar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo a la caracterización sociodemográfica y establecer la relación entre ambas variables, en el personal de salud que atendió pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora; desarrollándose un estudio cuantitativo, transversal, en el cual participaron 40 trabajadores sanitarios a quienes se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas y laborales y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Obteniéndose como resultados: un 52,50% de trabajadores sanitarios presentaron síntomas de ansiedad y 62,50% síntomas depresivos, al realizar la caracterización sociodemográfica se evidenció que el 87,50% pertenecen al rango de edad de 20-39 años, el 55% son de sexo femenino, el 37,50% son solteros y casados respectivamente, el 75% de cuentan con formación universitaria en carreras afines a la salud, el 40% pertenecen a la clase media típica. Además, predominaban las personas que laboraron más de 12 horas diarias en área COVID con 55% y el personal de enfermería con 40%. Estos grupos presentaron mayor sintomatología de ansiedad y depresión, sin embargo, no se estableció relación estadísticamente significativa entre variables. Concluyendo que las características sociodemográficas y laborales no influyen en el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos.

Palabras clave: *Impacto psicológico, coronavirus, salud laboral.*

Abstract

During the COVID 19 health emergency, long working hours, fear of contagion, compulsory isolation, lack of knowledge of the disease, among other factors, affected the mental wellbeing of health personnel. The purpose of this research was to determine the presence of anxiety and depression symptoms according to the sociodemographic characterization and to establish the relationship between both variables in health personnel who attended COVID 19 patients at Isidro Ayora Hospital; a quantitative, cross-sectional study was carried out with the participation of 40 health workers to whom a questionnaire of sociodemographic and work characteristics and the Goldberg anxiety and depression scale were applied. The results were as follows: 52.50% of health workers presented symptoms of anxiety and 62.50% depressive symptoms; when the sociodemographic characterization was carried out, it was found that 87.50% belong to the age range 20-39 years, 55% are female, 37.50% are single and married respectively, 75% of them have university education in health-related careers, 40% belong to the typical middle class. In addition, people who worked more than 12 hours a day in the COVID area predominated with 55% and nursing personnel with 40%. These groups presented greater symptoms of anxiety and depression; however, no statistically significant relationship was established between variables. It was concluded that sociodemographic and occupational characteristics do not influence the development of anxious and depressive symptoms.

Key words: Psychological impact, coronavirus, occupational health.

3. Introducción

Los trastornos de ansiedad y depresión se consideran las alteraciones mentales más frecuentes en la población. Se estima que alrededor de 264 millones de personas padecen trastornos de ansiedad, representando un aumento del 15% en los últimos 10 años, y aproximadamente 322 millones de personas padecen depresión, un 18% más que en la última década (Reivan, Pineda & León, 2019).

La pandemia por COVID 19 se convirtió en una crisis sanitaria alrededor del mundo, su rápida y fácil propagación mantuvo a los sistemas de salud en una zozobra continua. De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), hasta el 13 de febrero de 2022 se registraron 408 910 752 casos confirmados y alrededor de 5 802 226 muertes causadas por este virus. En nuestro país con datos registrados hasta el 15 de febrero de 2022, se han confirmado 457 489 casos y 21 545 fallecidos (Ministerio de Salud Pública, MSP, 2022). La COVID 19 no solamente ha generado manifestaciones clínicas propias de esta patología como tos, fiebre, anosmia, disnea, diarrea, náuseas o la más grave, neumonía; si no también ha generado abrupto cambio en el estilo de vida y la economía de la población mundial, por lo que ha llegado a representar un gran impacto en la salud mental, especialmente en grupos más propensos como personal de salud, pacientes con trastornos psiquiátricos previos, entre otros.

La infección por SARS-CoV-2 COVID-19 ha desafiado al mundo y ha puesto a prueba los sistemas de salud, constituyéndose una constante amenaza a los mismos. El personal de salud se ha enfrentado a múltiples retos: largas jornadas de trabajo, falta de insumos y equipos médicos, riesgo de contagio, incomodidad provocada por los equipos de protección, desconsuelo de familiares, entre otros. Estos sucesos pueden llegar a influir negativamente en la salud mental de los trabajadores sanitarios enfrentándose al estrés, depresión, ansiedad, frustración e irritabilidad.

A pesar de los grandes esfuerzos que se han venido realizando para contrarrestar el contagio de la COVID-19, actualmente impera la necesidad de instaurar estrategias de autocuidado y apoyo psicológico al personal sanitario para disminuir en parte los efectos negativos en la salud mental de los mismos (López & López, 2020). Huang y col. (2020), del 7 al 14 de febrero del 2020, realizaron las primeras investigaciones en China para conocer el estado de salud mental de médicos y enfermeros, y se obtuvo una tasa de ansiedad del 23,04%, la incidencia de ansiedad severa,

moderada y leve fueron 2,17%, 4,78% y 16,09% respectivamente, a la par también se evaluó la tasa de estrés resultando en 27,39%; en ambos casos la mayor incidencia estuvo representada por el género femenino; además al comparar las tasas de ansiedad entre enfermeros y médicos, la escala fue mucho mayor en el primer grupo. En el mismo país Jianyin Qiu y colaboradores (2020) aplicaron un cuestionario para diagnosticar trastornos de estrés y fobias específicas, datos sociodemográficos y distrés peritraumático por COVID 19 en relación a ansiedad y depresión, los datos obtenidos de este estudio demostró nuevamente que las mujeres tienen una alta incidencia de distrés peritraumático en relación con los hombres, así mismo las tasas fueron mucho más elevadas en personas de 18 a 30 años y mayores de 60 años, en comparación con las reflejadas en menores de 18 años y algo que llama la atención es que las personas con un mayor nivel de educación mostraron resultados más elevados, atribuyeron este hallazgo a la mayor conciencia de amenaza de su salud que tienen estas personas. En México se realizó un estudio similar para evaluar la presencia de ansiedad y depresión en el personal de salud con y sin contacto con pacientes COVID 19 en el Hospital General de Morelia “Dr. Miguel Silva”, los resultados obtenidos fueron muy similares al estudio realizado China, se evidenció que el 100% del personal de salud con y sin contacto con pacientes COVID 19 presentó ansiedad, y la mayor tasa fue registrado en mujeres (Amezcuca, 2020). En nuestro país el colapso de los sistemas de salud y la gran cantidad de casos, direccionó las estrategias de salud con el objetivo de disminuir la propagación del virus y evitar el incremento de pérdidas humanas, descuidando la salud mental del equipo de salud que afrontaron la emergencia sanitaria.

Por lo antes mencionado, surge la necesidad de evaluar el impacto psicológico de la emergencia sanitaria por COVID 19 en el personal sanitario. La relevancia de los resultados obtenidos en este trabajo pone en evidencia la presencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión en profesionales de salud que atendieron esta enfermedad en primera línea y que experimentaron el miedo al contagio de sí mismo y de su familia. Con la finalidad de dar respuesta a la interrogante: ¿Existen síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 en el Hospital Isidro Ayora?

Teniendo como objetivo general: Determinar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo a la caracterización sociodemográfica y laboral en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 en el Hospital Isidro Ayora, periodo abril 2021 – marzo 2022; y como

objetivos específicos: evaluar la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud que atienden pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora, según sexo y grupo de edad, definir las características sociodemográficas y laborales, de este grupo según sexo y grupo de edad, y finalmente establecer la relación de las características sociodemográficas y laborales del personal de salud con los síntomas de ansiedad y depresión.

Este trabajo es pertinente porque se enmarca en la tercera línea de prioridades de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la línea “Salud enfermedad del adulto y adulto mayor” y pertenece a las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública: Salud mental. En la línea depresión y distimia y en la sublínea salud ocupacional

4. Marco teórico

4.1. Personal de Salud

4.1.1. Definición. Podemos definir al personal de salud como “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud” (OMS, 2006). Esta definición puede llevar a inferir que los familiares que cuidan enfermos y otros cuidadores informales pueden considerarse como parte del personal sanitario, pues están contribuyendo a mejorar la salud de las personas a su cuidado. Sin embargo, al no ser remunerados y por lo tanto no tener datos exactos sobre estas personas, no se contabilizan en las estadísticas sobre personal de salud.

4.1.2. Categorías. Se puede distinguir tres categorías de trabajadores para el análisis del personal sanitario:

A. Trabajadores con formación teórico práctica sanitaria que trabajan en el sector de los servicios de salud

B. Trabajadores con formación académica en un ámbito no sanitario (o sin formación académica) que trabajan en el sector de los servicios de salud

C. Trabajadores con formación sanitaria que trabajan en un sector de actividad no relacionado con la atención de salud o que actualmente están desempleados o inactivos en el mercado de trabajo

Las categorías A y C representan el personal con formación sanitaria disponible en una determinada región, mientras que las personas que pertenecen a las categorías A y B representan el personal que trabaja en el sector de salud. La suma de las tres categorías representa el equipo sanitario total disponible en un área determinada (OPS, 2017).

4.1.3. Campos de formación profesional.

4.1.3.1. Medicina. Principios y procedimientos que permiten prevenir, diagnosticar, atender y tratar las afecciones, las enfermedades y los traumatismos en los seres humanos y mantener a estos en buen estado de salud. Este ámbito abarca fundamentalmente la formación de los médicos.

Comprende las especializaciones médicas, como anatomía, anestesiología, cardiología, cirugía, dermatología, epidemiología, geriatría, hematología, medicina forense, medicina interna, medicina preventiva y social, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, pediatría y psiquiatría (National Library of Medicine, 2020).

4.1.3.2. Servicios médicos. Se centra en las afecciones físicas, el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento del bienestar físico de los seres humanos sin recurrir a métodos quirúrgicos.

Los programas de formación incluidos bajo este epígrafe comprenden una amplia gama de servicios como farmacia, fisioterapia, nutrición y dietética, optometría, prótesis ortopédicas, quiropraxia, radioterapia, readaptación profesional, servicios de ambulancia, técnicas de radiología médica, tecnología de audioprótesis, tecnología de laboratorio médico, tecnologías paramédicas de urgencia, terapia ocupacional y trastornos del lenguaje y logopedia (National Library of Medicine, 2020).

4.1.3.3. Enfermería. Se centra en la prestación de atención de salud a las personas enfermas, minusválidas o inválidas y en la asistencia a médicos u otros profesionales médicos y sanitarios de nivel superior en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (National Library of Medicine, 2020).

4.1.3.4. Servicios dentales. Se centra en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y anomalías de los dientes y las encías. Comprende el diseño, la fabricación y la reparación de prótesis dentales y aparatos de ortodoncia, así como la prestación de asistencia a los odontólogos (National Library of Medicine, 2020).

4.1.4. Factores de riesgo laboral. Comprenden los elementos, fenómenos, circunstancias y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales.

4.1.4.1. Factores de riesgo biológico. agentes orgánicos, animados o inanimados como hongos, virus, bacterias, parásitos, pelos, plumas, polen (entre otros), presentes en determinados ambientes laborales, que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones al ingresar al organismo. Como la proliferación microbiana se favorece en ambientes cerrados, calientes y húmedos, los sectores más propensos a sus efectos son los trabajadores de la salud, igualmente, la manipulación de instrumentos contaminados como, jeringas, bisturís y de desechos sanitarios son fuente de alto riesgo (OMS 2022).

4.1.4.2. Factores de riesgo fisiológico o ergonómico. Involucra todos aquellos agentes o situaciones que tienen que ver con la adecuación del trabajo, o los elementos de trabajo a la fisonomía humana. Representan factor de riesgo los objetos, puestos de trabajo, máquinas, equipos y herramientas cuyo peso, tamaño, forma y diseño pueden provocar sobreesfuerzo, así como posturas y movimientos inadecuados que traen como consecuencia fatiga física y lesiones osteomusculares (OMS 2022).

4.1.4.3. Factores de riesgo químico. Son todos aquellos elementos y sustancias que, al entrar en contacto con el organismo, bien sea por inhalación, absorción o ingestión, pueden provocar

intoxicación, quemaduras o lesiones sistémicas, según el nivel de concentración y el tiempo de exposición (OMS 2022).

4.1.4.4. Factores de riesgo psicosocial. La interacción en el ambiente de trabajo, las condiciones de organización laboral y las necesidades, hábitos, capacidades y demás aspectos personales del trabajador y su entorno social, en un momento dado pueden generar cargas que afectan la salud, el rendimiento en el trabajo y la producción laboral (OMS 2022).

En este contexto, durante el periodo de pandemia la salud mental de la población resultó afectada en gran medida, el desconocimiento de la enfermedad y las medidas para contrarrestarlas provocaron un cambio brusco tanto en el ámbito personal, laboral y social, haciendo que muchos trabajadores sanitarios desarrollen sentimientos de angustia, desolación, incertidumbre, miedo, desosiego, entre otros.

Es conocido que algunas características sociodemográficas pueden actuar como factores de riesgo o protección frente a ciertas afecciones mentales como la ansiedad y depresión. A continuación, describiremos brevemente algunas de ellas y su relación con la salud.

4.2. Características sociodemográficas

4.2.1. Definición. Las características sociodemográficas son aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Los factores socioeconómicos y demográficos como edad, nivel de instrucción, estado civil, entre otros son catalogados como determinantes sociales de la salud de tipo estructural, debido a que estos muestran las diferencias de riqueza, prestigio y poder de las sociedades. Esto a su vez repercute en las circunstancias en las que cada persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud (Espinoza et al., 2020).

4.2.2. Edad. Definimos a la edad como el lapso de tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de referencia. “La edad es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o pérdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades” (Rodríguez, 2018, p.1).

Se ha establecido que en los últimos años la población mundial envejece rápidamente. La OMS (2021) ha establecido que en el año 2019 la cantidad de personas de 60 años fue de mil millones, se cree que esta cifra aumentará a 1 400 millones en el año 2030 y 2 100 millones para 2050. El 80% de las personas mayores del mundo vivirán en países de ingresos bajos y medianos. Con el

aumento de la edad en la población mundial nos enfrentamos a algunos desafíos. El más relevante de ellos es el considerable incremento de personas que desarrollan enfermedades no transmisibles como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas y el cáncer.

Por lo antes mencionado la OMS sugiere que los países adopten y promuevan medidas para prevenir las enfermedades no transmisibles y garantizar un envejecimiento saludable a la población basándonos en 4 pilares: adopción de un estilo de vida saludable, detección precoz y atención médica de calidad, fomentar la participación social de las personas mayores y construir una sociedad en la que se respete y valore a las personas mayores.

4.2.3. Sexo. El sexo se define como aquellas características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.

Esta característica es un factor determinante de inequidades sanitarias. Los hombres tienen una menor esperanza de vida y una mayor cantidad de años con discapacidad que las mujeres. Una de las razones es que el sexo masculino se encuentra más expuesto al tabaco y bebidas alcohólicas, además los accidentes de tránsito también representan mayor índice de mortalidad en los varones. Por otro lado, las mujeres tienen un mayor riesgo de muerte materna, las tasas de violencia de género son más elevadas en el sexo femenino y son más propensas a desarrollar afecciones mentales como la ansiedad, depresión y estrés (OMS, 2018).

4.2.4. Nivel de Escolaridad. Hace referencia al nivel más alto de instrucción que alcanza una persona dentro del sistema de educación formal.

El sistema que rige actualmente en nuestro país estratifica el nivel de escolaridad en: educación básica, educación media, superior no universitario, superior universitario y posgrado.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2021) señala que una educación de calidad son la base para la salud y el bienestar. El poseer los conocimientos necesarios y fundamentados para la prevención de enfermedades contribuirá a que la población tenga una vida productiva y saludable. Esta misma organización tiene como objetivo afianzar la colaboración entre educación y salud, pues sostienen que una acción conjunta de ambos sectores es necesaria.

4.2.5. Estado civil. Condición de una persona establecida en el registro civil de acuerdo a si tiene o no pareja y su situación legal respecto a ello.

Se ha observado una mayor tasa de morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, con hijos menores, en comparación con las solteras. Por el contrario, en los hombres el ser casado representa un factor de protección contra una enfermedad mental. En las personas solteras y sin hijos, las diferencias entre ambos sexos no son representativas (Montero, 2019).

4.2.6. Grupo Socioeconómico. Estrato de un individuo en la sociedad en base a las variables económicas y sociales de la persona, su familia y su hogar. En el Ecuador se contemplan cinco estratos o niveles, denominados Nivel A, B, C+, C- y D. Para la categorización de una persona en un nivel u otro se evalúa las características de la vivienda, los bienes, el acceso a la tecnología, hábitos de consumo del hogar, educación del jefe del hogar y economía.

Nivel A: las personas que pertenecen a un nivel socioeconómico A poseen una vivienda en la que el material predominante de piso es de duela, parquet, tablón o piso flotante. En promedio poseen dos cuartos de baño con ducha. Estos hogares poseen servicio de teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o minicomponente, al menos dos televisores a color, más del 80% poseen dos vehículos de uso exclusivo para el hogar. Así mismo cuentan con servicio de internet, computadora de escritorio y/o portátil y poseen un promedio de cuatro celulares en el hogar. En relación a los hábitos de consumo, la mayor parte de individuos pertenecientes a este grupo adquieren su vestimenta en centros comerciales, utilizan correo electrónico personal, utilizan alguna página social y el 76% de estos hogares ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos meses. En estas familias el jefe del hogar posee un nivel de instrucción superior y un número considerable alcanza estudios de postgrado, además se desempeñan como profesionales científicos, intelectuales, miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos, personal del directorio de administración pública y de empresas. El 95% de estas familias se encuentran afiliadas al IESS y/o seguro del ISSFA o ISSPOL y el 79% poseen seguro de salud privada, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de consejos provinciales y/o seguro de vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Nivel B: El 46% de las viviendas pertenecientes a estas personas poseen como material predominante del piso duela, parquet, tablón o piso flotante, además poseen en promedio dos baños con ducha. Disponen de servicio de teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o mini componente, dos televisiones a color y al menos un vehículo de uso exclusivo para el hogar. Además, en su gran mayoría cuentan con servicio de internet y computadora de escritorio, el 50% posee computadora portátil. En promedio tienen tres celulares

en el núcleo familiar. Acostumbran a comprar su vestimenta en centros comerciales, utilizan correo electrónico personal, así como página social en internet. El 69% de los hogares ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos meses. El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción superior y se desempeña como profesional científico, intelectual, técnico y profesionales de nivel medio. La mayor parte de hogares está afiliado o cubierto por el IESS /o seguro del ISSFA o ISSPOL. Alrededor de la mitad de las familias poseen un seguro de salud privada, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de consejos provinciales y/o seguro de vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Nivel C+: El material predominante del piso de estas viviendas son de cerámica, baldosa, vinil o marmetón. Poseen un cuarto de baño con ducha. La mayor parte de los hogares poseen servicio de teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o mini componente y dos televisores a color. El 39% poseen servicio de internet, más de la mitad disponen de computadora de escritorio, algunos poseen computador portátil, y un promedio de dos celulares en la familia. El 38% compran su vestimenta en centros comerciales. La mayoría utiliza internet y correo electrónico personal, además están registrados a alguna página social. El 46% ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos meses. El jefe del hogar tiene nivel de instrucción secundaria completa y se desempeñan como trabajadores de los servicios, comerciantes y operadores de instalación de máquinas y montadores. El 77 % de los hogares se encuentra afiliado al IESS /o seguro del ISSFA o ISSPOL y el 20% poseen un seguro de salud privada, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de consejos provinciales y/o seguro de vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Nivel C-: Se observa en estas viviendas como material predominante del piso ladrillo o cemento. Poseen un solo cuarto de baño con ducha. Alrededor de la mitad de los hogares poseen servicio de teléfono convencional. Poseen refrigeradora y cocina con horno. Menos de la mitad disponen de lavadora, equipo de sonido y/o mini componente. Poseen una televisión a color. El 11% tienen computadora de escritorio y en promedio se disponen de dos celulares en el hogar. Pocas familias adquieren su vestimenta en centros comerciales. Menos de la mitad de los hogares utilizan internet. La cuarta parte de los hogares utilizan correo electrónico personal, y alrededor del 19% se han registrado en alguna página social. El 22% de familias han leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos meses. El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción de primaria completa y se desempeña como trabajador de los servicios y comerciantes, operadores de

instalación de máquinas y montadores y algunos se encuentran inactivos. El 48% de los hogares están afiliados o cubiertos por el Seguro del IESS y/o seguro des ISSFA o ISSPOL. El 6% de familias a contratado un seguro de salud privada, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de consejos provinciales y/o seguro de vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Nivel D: Las viviendas pertenecientes a este estrato socioeconómico poseen piso de ladrillo o cemento, tabla sin tratar o tierra como material predominante. El 31% de estos hogares poseen un solo cuarto de baño con ducha. Solamente el 12% de las familias dispone servicio de teléfono convencional. Menos de la mitad poseen refrigeradora y cocina con horno. La mayoría no posee lavadora ni equipo de sonido y/o mini componente. Pueden tener un televisor a color. Poseen en promedio un celular en la familia. Muy pocos utilizan internet y escasos hogares han leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos meses. El jefe del hogar ha alcanzado una instrucción de primaria completa y se desempeña en trabajos no calificados, o como trabajador de servicios comerciantes, operadores de instalación de máquinas, montadores y algunos se encuentran desempleados. Escasos hogares se encuentran afiliados o cubiertos por el seguro del IESS y/o seguro del ISSFA o ISSPOL (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

El nivel socioeconómico de un hogar determina el acceso a servicios de salud y medicinas, influir en los hábitos individuales y en la salud mental. En las familias con un nivel socioeconómico bajo existen deficiencias alimenticias, hacinamiento, baja iluminación y ventilación, lo que repercute negativamente en el desarrollo psicológico y físico de los individuos. Mientras que un nivel socioeconómico alto al asociarse con un estilo de vida saludable y mejor acceso a servicios de salud, garantiza la longevidad (Aqualongo & Garcés, 2020).

Como se ha mencionado, el personal de salud está expuesto a varios factores de riesgo y sus características sociodemográficas juegan un papel importante en torno a su salud. Durante la emergencia sanitaria se evidenció que muchos profesionales sanitarios manifestaron afecciones psicológicas como consecuencia del gran impacto en su vida cotidiana. Entre las enfermedades mas reportadas fueron la ansiedad y depresión, en los siguientes apartados describiremos brevemente dichas patologías.

4.3. Ansiedad

4.3.1. Definición. La ansiedad ha sido definida por la Asociación Americana de Psiquiatría (2017) como: “Una reacción normal al estrés y que puede ser beneficiosa en algunas situaciones”. Todos los seres humanos en algún momento de nuestra vida la hemos experimentado, sin embargo,

se convierte en un trastorno cuando la ansiedad es excesiva, persistente e intensa. “La ansiedad es una sensación displacentera, compuesta de manifestaciones somáticas o viscerales, expresivas y subjetivas” (Monterrosa et al., 2021).

La ansiedad es un trastorno mental frecuente en la población, y gran parte de los casos pasan desapercibidos sin ser diagnosticados y por lo tanto sin recibir el tratamiento oportuno.

4.3.2. Tipos. En base a la etiología que desencadena los síntomas y signos de la ansiedad esta ha sido clasificada en: trastornos de ansiedad generalizado, trastornos de pánico, fobias, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés compulsivo.

4.3.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada. Se puede definir al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como la preocupación excesiva y crónica, mínimo 6 meses de presentación y que se desencadena sin que algo específico la provoque. El TAG puede interferir en la armonía de los roles, afectar significativamente a la calidad de vida y generar elevados costes sanitarios (Craske & Bystritsky, 2021).

Este trastorno es el tipo más frecuente en consulta, se estima que alrededor del 3% de la población general lo padece y entre 5-7% en pacientes que acuden a consulta de atención primaria (“El Trastorno de Ansiedad Generalizada,” 2013). Afecta más a mujeres, que a hombres en una relación de 2:1 y a personas entre los 40 a 50 años.

4.3.2.2. Trastornos de pánico.

Los ataques de pánico se presentan con episodios espontáneos y discretos de miedo intenso que comienzan abruptamente y duran de varios minutos a una hora. En el trastorno de pánico, los pacientes experimentan ataques de pánico recurrentes, algunos de los cuales no se desencadenan o no se esperan, y un mes o más de preocupación por futuros ataques/consecuencias, o un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques, como la evitación. de las circunstancias precipitantes (Roy-Byrne, 2021).

Al igual que el trastorno de ansiedad generalizada afecta más a mujeres. La edad media de presentación se sitúa entre los 20 y 25 años. Se ha reportado una prevalencia del 3% al 8% en personas que acuden a atención primaria. El bajo nivel socioeconómico puede representar un factor de riesgo importante para esta enfermedad.

4.3.2.3. Fobias. Podemos definir a las fobias específicas como el sentimiento de miedo excesivo hacia un objeto o situación en concreto, sean estos animales, alturas, agua, lugares cerrados, conducir, volar, ver sangre, inyecciones, asfixia o vómitos. Puede desarrollarse al saber que se

enfrentaran al estímulo, durante la exposición real e incluso con solo escuchar el nombre (McCabe, 2020).

Esta entidad clínica al igual que la mayoría de los trastornos de ansiedad también se presenta con mayor frecuencia en mujeres, los temores son más prevalentes en niños, sin embargo, estos suelen ser transitorios.

4.3.2.4. Trastorno de ansiedad social. El trastorno de ansiedad social (TAS), también puede denominarse fobia social y consiste en el terror persistente experimentado por la persona a la vergüenza, humillación y a ser calificado o valorado negativamente por otros, en una situación social.

Esta patología inicia en la infancia o adolescencia, en una edad promedio de 11 a 19 años de edad, y si no se diagnostica y se trata correctamente puede asociarse con el desarrollo de depresión mayor, abuso de sustancias y otros trastornos mentales a futuro (Schneier, 2019).

4.3.2.5. Trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos recurrentes (obsesiones) que generalmente causan ansiedad o angustia, y por actos mentales o conductuales repetitivos (compulsiones) que el individuo se siente impulsado a realizar, ya sea en relación con una obsesión o de acuerdo con reglas que él o ella cree que deben aplicarse de manera rígida o para lograr una sensación de "integridad" (Blair, 2020).

El TOC suele empezar a desarrollarse en la niñez o adolescencia, y acompaña al paciente durante toda su vida, desencadenando en un deterioro de su desempeño debido a la gravedad de la entidad clínica y a su cronicidad. Durante la infancia los hombres son más afectados, esto se invierte en la edad adulta en la que la mayor tasa la representan las mujeres (Blair, 2020).

4.3.2.6. Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático, como su nombre lo indica se desencadena a partir de un evento que genero un trauma psicológico en el paciente, y se caracteriza por la presencia de pensamientos, pesadillas y recuerdos de este acontecimiento, esto genera alteraciones del sueño, evitación e hipervigilancia que afecta severamente la calidad de vida del individuo (Sareen, 2019).

Los eventos que pueden desencadenar la presencia de estrés postraumático son: violencia sexual, interpersonal, participación en violencia organizada, desastres naturales, accidentes, enfermedad mortal o evento traumático de un ser querido, entre otros (Sareen, 2019).

4.3.3. Factores de Riesgo.

4.3.3.1. Factores Socioambientales. Los principales factores que contribuyen a la aparición de trastornos de ansiedad son: experimentar un evento traumático o la conciencia de que pueda ocurrir, pérdida o separación de un ser querido, cambio de su ambiente educativo o laboral, llegada de un nuevo miembro de la familia o ser diagnosticado de una enfermedad.

El ambiente familiar, especialmente la relación padres-hijos es un factor muy influyente en el desarrollo de este trastorno. Un ambiente sobreprotector originará que el niño sea criado con la idea de que todo en el mundo exterior es peligroso. Por otro lado, la falta ya sea física o emocional de uno o ambos padres hará que el menor crezca sin límites, orientación, supervisión y sobre todo falta de afecto (Ministerio de Salud de Perú, 2020).

Durante la adolescencia, el individuo se somete a múltiples presiones sociales, como el ser aceptado por el grupo, cambios en el cuerpo, cambio en el ámbito escolar, y la presión por alcanzar las metas impuestas, ya sea por el mismo adolescente o por su núcleo familiar (Ministerio de Salud de Perú, 2020).

En la etapa adulta, son múltiples los factores que pueden desencadenar o agravar estos trastornos como, por ejemplo: falta de empleo o exceso de presión laboral, diagnóstico de enfermedades crónicas, problemas en el núcleo familiar ya sea con el conyugue o los hijos, accidentes, entre otros factores, que de una u otra forma perturban el bienestar mental.

Es importante mencionar que el género femenino es el que más alta prevalencia tiene en trastornos de ansiedad, por lo que puede considerarse un factor de riesgo (Ministerio de Salud de Perú, 2020).

La enfermedad por COVID 19 constituyó un factor de riesgo de relevancia para desarrollar ansiedad, los tipos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad generalizada, los ataques de pánico y los trastornos obsesivo compulsivos, estos últimos se relacionaron estrechamente con las medidas de bioseguridad que se implementaron para evitar el contagio. Actualmente una vez superada la emergencia sanitaria, se ha documentado casos de estrés postraumático a causa de la pandemia, principalmente en personas que perdieron seres queridos a causa de esta enfermedad o en el personal de salud que trabajaron en las áreas adaptadas para la atención de estos pacientes. Es importante mencionar que algunas personas diagnosticadas de ansiedad previo a la pandemia experimentaron reactivación y/o agravamiento de sus síntomas (Nicolini, 2020).

4.3.3.2. Personalidad. Se ha documentado que el neuroticismo y los trastornos del estado de ánimo influyen en el desarrollo de ansiedad. Se entiende por neuroticismo como un rasgo de la personalidad que se caracteriza por una baja resistencia del individuo al estrés y que se evidencia en una mayor reactividad a las situaciones estresantes de la vida. También se ha reportado una mayor sensibilidad a la ansiedad, que se entiende como la creencia de que las sensaciones somáticas de la ansiedad son perjudiciales. La tendencia a la inhibición, la timidez, la dependencia y los rasgos evitativos también son factores que predisponen al desarrollo de ansiedad (Lázaro, Fullana & Lera, 2019).

4.3.3.3. Factores genéticos. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con familiares de primer grado con antecedentes de trastornos de ansiedad, tienen un mayor riesgo a desarrollar esta patología. Principalmente se ha observado esta agregación familiar en los trastornos de pánico y en las fobias específicas. La fobia social, a la sangre y a las heridas son los tipos de ansiedad con mayor tasa de heredabilidad (Lázaro, Fullana & Lera, 2019).

4.3.4. Diagnóstico. a continuación, resumiremos los criterios diagnósticos otorgados por la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Cuadro 1

Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad (DSM-5)

Trastorno de ansiedad	Criterios Diagnósticos
Trastorno de ansiedad generalizada.	<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva que se produce más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta 2. Facilidad para fatigarse 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco 4. Irritabilidad

	<p>5. Tensión muscular</p> <p>6. Problemas de sueño</p> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>
<p>Trastornos de pánico</p>	<p>A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Aparición súbita de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más síntomas siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca 2. Sudoración 3. Temblor o sacudidas 4. Sensación de ahogo 5. Dolor o molestias en el tórax 6. Náuseas o malestar abdominal 7. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo 8. Escalofríos o sensación de calor 9. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo) 10. Desrealización o despersonalización 11. Miedo a perder el control o de “volverse loco” 12. Miedo a morir <p>B. Al menos uno de los ataques le ha seguido al mes (o más uno o los dos hechos siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques

	<p>C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>
Trastorno de ansiedad social	<p>A. Miedo o ansiedad marcados sobre una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un posible escrutinio por parte de otros. Los ejemplos incluyen interacciones sociales, ser observado y actuar frente a otros.</p> <p>B. El individuo teme que actuará de una manera o mostrará síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente</p> <p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>D. Las situaciones sociales se evitan o se soportan con intenso miedo o ansiedad.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado con la amenaza real que plantea la situación social y el contexto sociocultural.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evasión son persistentes y suelen durar seis meses o más.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.</p> <p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.</p> <p>J. Si hay otra condición médica, el miedo, la ansiedad o la evitación claramente no tienen relación o son excesivos.</p>
Trastorno obsesivo compulsivo	<p>A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:</p> <p>Obsesiones definidas por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como intrusivos y no deseados, y que en la

	<p>mayoría de los individuos causan ansiedad o angustia marcada.</p> <p>2. El individuo intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción</p> <p>Compulsiones definidas por:</p> <p>1. Comportamientos repetitivos o actos mentales que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.</p> <p>2. Los comportamientos o actos mentales tienen como objetivo prevenir o reducir la ansiedad o angustia o prevenir algún evento o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de manera realista con lo que están diseñados para neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.</p> <p>B. Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo o causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental</p>
<p>Trastorno de estrés postraumático</p>	<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en que han existido:</p> <p>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad física o de los demás.</p> <p>2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.</p>

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vía afectiva
7. Sensación de futuro desolador

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño

	<p>2. Irritabilidad o ataques de ira</p> <p>3. Dificultades para concentrarse</p> <p>4. Hipervigilancia</p> <p>5. Respuestas exageradas de sobresalto</p> <p>E. Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
<p>Fobias específicas</p>	<p>A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos</p> <p>B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.</p> <p>C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional</p> <p>D. La situaciones o situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar</p> <p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo</p> <p>F. En los menores de 18 años la duración de los síntomas debe ser de mínimo 6 meses</p> <p>G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental</p>

Fuente: American Psychiatric Association, 2013

Otra herramienta útil para el diagnóstico de ansiedad es la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC) creada para averiguar la probabilidad de que una persona desarrolle un estado de ansiedad o depresión. Fue creada en 1988 por Goldberg y sus colaboradores a través de un análisis de datos de 427 pacientes que se atendieron con médicos generales en Manchester. Se

construyeron dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, ambos con cuatro síntomas de detección que correspondieron a los umbrales más bajos y cinco ítems de sondeo, que correspondieron a los umbrales más altos. En la escala de ansiedad se estableció una sensibilidad del 82% y un valor positivo de 0,56; la escala de depresión presenta una sensibilidad del 85% y un valor predictivo de 0.85%. La especificidad general es de 91% y la sensibilidad del 86% (Reivan et al., 2019).

4.3.5. Tratamiento. Para establecer un tratamiento en los trastornos de ansiedad es necesario evaluar la severidad de los síntomas y como intervienen en las actividades cotidianas del paciente. Podemos optar por un abordaje farmacológico, por psicoterapia o por ambas.

4.3.5.1. Psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual es considerado el tratamiento psicológico que mejores resultados ha obtenido en los trastornos de ansiedad. Este tiene como objetivo enfrentar al paciente a aquello que desencadena los episodios ansiosos para que la persona sea capaz de afrontarlas, sin el uso de conductas de evitación y seguridad. Esta clase de tratamientos requiere del compromiso del paciente y por parte del médico se necesita un tratamiento individualizado, es decir enfocado en el progreso de cada paciente (Lázaro, Fullana & Lera, 2019).

4.3.5.2. Tratamiento Farmacológico. Los fármacos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Debido a que estos fármacos tardan unas semanas en desempeñar su efecto se recomienda la utilización de benzodíacepinas durante este breve periodo. Es importante mencionar a los pacientes los efectos secundarios y la duración del tratamiento (Lázaro, Fullana & Lera, 2019).

Algunos de los efectos secundarios de los fármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad son: agitación, insomnio, excitabilidad, cuadros confusionales, dependencia, riesgo suicida, cefaleas, sequedad de boca, cambio en los hábitos intestinales, visión borrosa, anorexia, crisis hipertensivas por la interacción con otros fármacos, entre otros (Craske & Bystritsky, 2021).

La duración del tratamiento dependerá de la respuesta del paciente al mismo, por ejemplo, los medicamentos de primera línea, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, deben iniciarse con una dosis terapéutica inicial durante cuatro a seis semanas. Si la persona no muestra mejoría sólida, se irá aumentando la dosis en una a dos semanas hasta que se evidencie una recuperación suficiente o se alcance la dosis máxima recomendada. En caso de que el paciente no muestre mejoría alguna de cuatro a seis semanas con la dosis máxima tolerada, el medicamento

debe reducirse gradualmente y se administrará otro. A los individuos que presenten una respuesta parcial se les prescribirá tratamiento complementario con fármacos de segunda línea (Buspirona, Pregabalina) o con tratamiento cognitivo-conductual. Si el paciente experimenta una respuesta sólida debe continuarse el tratamiento al menos 12 meses (Craske & Bystritsky, 2021).

4.4. Depresión

4.4.1. Definición. La depresión se ha considerado una de las enfermedades más extendidas y letales a nivel mundial, debido a la alta prevalencia de discapacidad temporal o permanente y suicidios (Pereira & Molero, 2019). Podemos definir a la depresión como aquella enfermedad de la afectividad que se caracteriza porque el individuo presenta una tristeza patológica, es decir, sin que esta tenga un sustrato de base o que la intensidad y/o duración de la misma sea desproporcionada al estímulo que la desencadena (Álvarez-Mon, Vidal, Llaveró-Valero, & Ortuño, 2019). Además, pueden presentarse otros síntomas como pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño, cansancio y falta de concentración.

4.4.2. Tipos. Podemos clasificar a los trastornos depresivos según su intensidad en leves, moderados o graves; y también podemos diferenciarlos de acuerdo a número y duración de los síntomas en depresión mayor o grave y trastorno depresivo persistente o distimia.

4.4.2.1. Depresión mayor. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el trastorno depresivo mayor se considera la undécima causa de discapacidad y mortalidad en el mundo (Lyness, 2021). Se puede definir a la depresión mayor como aquella que se diagnostica en pacientes que han presentado al menos un episodio depresivo mayor, sin antecedentes de manía o hipomanía y que no puede ser atribuido a medicamentos u otra enfermedad. El episodio depresivo mayor puede ser entendido como aquel suceso que dura como mínimo 2 semanas en que el individuo experimenta estado de ánimo deprimido o anhedonia acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas: insomnio o hipersomnia, cambios en el apetito o peso, retraso psicomotor o agitación, poca energía, falta de concentración, pensamientos de inutilidad o culpa y pensamientos de muerte o suicidio (Rush, 2019).

4.4.2.2. Trastorno depresivo persistente. También conocido como distimia, se presenta en pacientes con estado de ánimo deprimido durante un mínimo de dos años y se acompaña de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse y desesperanza (Coryell, 2021).

4.4.3. Factores de Riesgo. Los principales factores de riesgo comprenden alteraciones genéticas, psicológicas, ambientales, socioeconómicas o culturales, estos factores pueden influir de forma diversa en la población.

4.4.3.1. Factores genéticos. Se han identificado múltiples genes que se asocian a una mayor prevalencia de los trastornos afectivos como el gen que codifica el promotor del transportador de serotonina (SERT), estos factores genéticos se expresan en mayor medida en pacientes sometidos a altos niveles de estrés. Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen tres veces más riesgo de desarrollarlo (Álvarez-Mon et al., 2019).

El transportador de serotonina es importante para regular la concentración de serotonina en el espacio sináptico, disminuyendo la cantidad de la misma mediante su recaptación por la terminal presináptica, lo que a su vez estabiliza el estado de ánimo. El gen que codifica el promotor del transportador de serotonina está localizado en el brazo largo del cromosoma 17 (17q1112). Se han identificado diversos polimorfismos, de los cuales el más estudiado es uno funcional en la región promotora, dicha alteración produce niveles bajos de transcripción del transportador de serotonina, provocando un aumento de la cantidad de este neurotransmisor en el espacio presináptico, constituyéndose en un riesgo a desarrollar desordenes del estado de ánimo (Pérez, Bustamante & Ibañez, 2016).

4.4.3.2. Factores demográficos, socioeconómicos y culturales. El género femenino tiene una tasa que casi duplica la del género masculino. Las mujeres son mucho más propensas a desarrollar este trastorno durante el posparto y el período premenstrual. El bajo nivel educativo y socioeconómico también se catalogan riesgos de depresión. Así mismo el aislamiento y rechazo social contribuye al desarrollo de esta enfermedad. La población casada tiene una menor incidencia de depresión en relación al resto (Álvarez-Mon et al., 2019).

4.4.3.3. Factores psicológicos. En los pacientes con diagnóstico de depresión se ha demostrado entre sus características la negatividad sobre sí mismo, del mundo y del futuro. En los niños y adolescentes los factores que pueden influir en el desarrollo de este trastorno son la presencia de otra enfermedad psiquiátrica, el suicidio o divorcio de los padres y cambios en la estructura familiar. Al igual que en la ansiedad el neuroticismo, la tendencia a la ansiedad y la baja autoestima juegan un papel importante en aumentar el riesgo de depresión (Álvarez-Mon et al., 2019).

En la emergencia sanitaria por COVID 19 se registraron un número alto de suicidios, especialmente de trabajadores de la salud, personas que sufrían violencia intrafamiliar, quienes

perdieron sus empleos o quienes vivían del comercio diario, adolescentes que sufrieron abuso sexual, pacientes con afecciones mentales previas, familiares de fallecidos a causa de esta enfermedad, etc. (OMS,2022).

4.4.3.4. Factores relacionados con el estilo de vida. Se ha establecido una fuerte relación entre tabaquismo y depresión, también ha sido asociada con el consumo de alcohol y cannabis. Un factor protector es la actividad física pues se ha comprobado que los individuos que participan en actividades físicas tienen mejores niveles de bienestar mental (Álvarez-Mon et al., 2019).

Durante el confinamiento obligatorio provocado por la pandemia por coronavirus, el estilo de vida de la población en general sufrió un cambio drástico. Las actividades sociales y de ocio fueron restringidas, las actividades al aire libre no se podían realizar. El contacto con amigos y seres queridos eran posible solo mediante la virtualidad, incluso los salones de clase fueron reemplazados por horas delante de un computador. Esto repercutió en el bienestar mental de la población haciendo que las cifras de pacientes con depresión incrementen considerablemente.

4.4.4. Diagnóstico. Los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición de la Asociación Americana de Psiquiatría son los más recomendados para el diagnóstico de los trastornos depresivos, los mismos se incluyen en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Criterios diagnósticos de los trastornos depresivos (DSM-5)

Trastorno depresivo	Criterios Diagnósticos
Trastorno depresivo mayor	<p>A. Cinco o más de los siguientes síntomas presentes al menos dos semanas; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días 2. Interés o placer disminuido en todas, o casi todas, las actividades de la mayor parte del día casi todos los días 3. Pérdida o aumento de peso significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

	<p>7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada</p> <p>8. Disminución de la capacidad concentrarse o pensar, casi todos los días</p> <p>9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.</p> <p>B. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o afección médica</p> <p>D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica por otro trastorno psicótico</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco</p>
<p>Trastorno depresivo persistente</p>	<p>A. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos años</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de apetito o comer en exceso 2. Insomnio o hipersomnia 3. Baja energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Poca concentración o dificultad para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza <p>C. Durante el período de dos años del trastorno, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> <p>D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes continuamente durante dos años</p>

	<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico</p> <p>F. La alteración no se explica por otro trastorno psicótico</p> <p>G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica</p> <p>H. Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
--	---

Fuente: American Psychiatric Association, 2013

4.4.5. Tratamiento. El objetivo principal del tratamiento es lograr la rehabilitación integral de la persona para obtener una estabilidad emocional igual o mejor de la que tenía antes de la aparición del trastorno (Pereira & Molero, 2019).

“El arsenal terapéutico incluye tratamientos e intervenciones farmacológicas, de neuromodulación, psicoterapéuticas, higiénico-dietéticas, y de rehabilitación psicosocial. La elección de unas y otras depende de su evidencia científica y de las preferencias del paciente, la gravedad y el momento” (Pereira & Molero, 2019).

4.4.5.1. Psicoterapia. Entre las psicoterapias que se pueden emplear para el tratamiento de estos pacientes tenemos la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, activación conductual, terapia familiar y de pareja, terapia de resolución de problemas, psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de apoyo, la selección de cuál de estas terapias se instaurarán en el paciente dependerá de la disponibilidad de las mismas y de la preferencia del paciente (Rush, 2019).

4.4.5.2. Tratamiento Farmacológico. Se instaura estos tratamientos en pacientes con depresión moderada y grave, los medicamentos más usados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Otros antidepresivos como los tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, antidepresivos atípicos, e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden ser utilizados en otros pacientes. El litio y otros estabilizadores del humor son empleados para el tratamiento de trastornos depresivos recurrentes a largo plazo (Pereira & Molero, 2019).

5. Metodología

La investigación se realizó en el personal de salud que atendió a pacientes con diagnóstico de COVID 19 del Hospital General Isidro Ayora ubicado en las calles San Juan de Dios entre Juan José Samaniego y Manuel Monteros, esta casa de Salud pertenece al Ministerio de Salud Pública y se encuentra ubicada en la ciudad de Loja.

5.1. Enfoque

Cuantitativo

5.2. Tipo de diseño utilizado

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal

5.3. Unidad de Estudio

El estudio se ejecutó en el personal que laboró en las áreas de atención para pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora durante el periodo de abril - septiembre 2021

5.4. Universo

Personal de salud que laboró en las áreas adaptadas para la atención de pacientes diagnosticados con COVID 19 del Hospital Isidro Ayora periodo abril - septiembre 2021

5.5. Muestra

La muestra quedó conformada por 40 miembros del personal de salud que laboró en la unidad de cuidados intensivos, emergencia y hospitalización COVID y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

5.6. Criterios de inclusión

Personal de salud de ambos sexos que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Personas que trabajaron al menos dos turnos por semana en área COVID 19 del Hospital Isidro Ayora

5.7. Criterios de exclusión

Personas con diagnóstico de depresión o ansiedad y que se encontraron en tratamiento

Personal administrativo que laboró en estas áreas

Personas que no llenaron correctamente los instrumentos de investigación

5.8. Técnicas

5.8.1. Métodos. Se aplicó el consentimiento informado, hoja de recolección de datos y escala de Goldberg

5.9. Instrumentos

5.9.1. Consentimiento informado. Este consentimiento se aplicó a todo el personal de salud del área COVID 19 del Hospital Isidro Ayora quienes participaron en el estudio. El mismo consta de información importante sobre el estudio como: propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de participantes información sobre el instrumento y cuestionario a aplicar, procedimiento, protocolo, duración, beneficios y se informa la participación voluntaria y la confidencialidad (Anexo 5).

5.9.2 Hoja de recolección de datos y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Se la aplicó a todos los participantes del estudio, para su elaboración se utilizó los instrumentos empleados por el INEC para la recolección de la información de la población general durante el censo del año 2010, estuvo constituida por las características sociodemográficas y laborales de los mismos como: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, jornada laboral y función que desempeña en el área COVID 19; y la escala de Goldberg (Anexo 6).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC) fue creada por Goldberg y colaboradores en el año 1988, con el fin de detectar los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: ansiedad y depresión. La escala fue creada para ser aplicada en la población general. Ha mostrado fiabilidad y validez y tiene una sensibilidad de 83.1% y especificidad de 81.8%. Consta de dos subescalas, una para detectar ansiedad y la otra para depresión, cada una consta de 9 preguntas dicotómicas (sí/no), los 4 primeros ítems de cada subescala son de despistaje, es decir, las 5 últimas preguntas de cada subescala solo serán contestadas si hay 2 o más respuestas positivas y una o más respuestas positivas, en la subescala de ansiedad y depresión respectivamente. El punto de corte para la subescala de ansiedad es 4 o más puntos y en la subescala de depresión es de 2 o más puntos.

5.10. Procedimiento.

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó a la dirección de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja la aprobación y pertinencia del proyecto de tesis (Anexo 1), luego se procedió a realizar los trámites respectivos para la asignación de director del presente trabajo (Anexo 2). A continuación, se solicitó realizar la oportuna gestión del permiso al Hospital Isidro Ayora para la ejecución de la investigación (Anexo 3). Se socializó a las autoridades de dicha casa de salud la investigación, para con su aprobación empezar a identificar a los participantes a los que se les aplicó el consentimiento informado y se les recogió la información mediante la aplicación de la hoja de recolección de datos y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC) mediante formularios de Google y de forma presencial. Una vez obtenidos los datos se los tabuló y se realizó el análisis estadístico para obtener los resultados del estudio.

5.11. Equipos y materiales

5.11.1. Recursos humanos. Tesista, director de tesis, autoridades y personal de salud del Hospital Isidro Ayora.

5.11.2. Recursos materiales. Laptop, esferos, impresora, hojas de papel bond

5.12. Análisis Estadísticos

Se utilizó Microsoft Office Excel 2010 para la creación de la base de datos, se presentó los resultados obtenidos en tablas de frecuencia por cada objetivo para su posterior análisis e interpretación. Para comprobar la asociación estadística entre variables se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Pearson en el paquete estadístico del SPSS.

6. Resultados

6.1. Resultados del primer objetivo específico

Evaluar la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud que atienden pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora, según sexo y edad.

Tabla 1.

Síntomas de ansiedad presentes en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes con diagnóstico de COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021.

Síntomas de ansiedad	Femenino				Masculino				Total	
	20-39 años		40-64 años		20-39 años		40-64 años		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Presencia	12	30,00	0	0,00	7	17,50	2	5,00	21	52,50
Ausencia	7	17,50	3	7,50	9	22,50	0	0,00	19	47,50
Total	19	47,50	3	7,50	16	40,00	2	5,00	40	100,00

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Análisis: Al aplicar la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, se observó que 52,50% de los trabajadores sanitarios (n=21) mostraron síntomas de ansiedad, predominando el sexo femenino en edades comprendidas entre 20 y 39 años con el 30% (n=12).

Tabla 2.

Síntomas de depresión presentes en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes con diagnóstico de COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021.

Síntomas de depresión	Femenino				Masculino				Total	
	20-39 años		40-64 años		20-39 años		40-64 años		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Presencia	14	35,00	1	2,50	8	20,00	2	5,00	25	62,50
Ausencia	5	12,50	2	5,00	8	20,00	0	0,00	15	37,50
Total	19	47,50	3	7,50	16	40,00	2	5,00	40	100,00

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Análisis: De igual manera se evidenció que el 62,50% (n=25) manifestaron síntomas de depresión, presentándose en un mayor porcentaje en mujeres de edades comprendidas entre los 20-39 años con 35% (n=14).

6.2. Resultados del segundo objetivo específico

Definir las características sociodemográficas y laborales del personal de salud que atienden pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora, según sexo y grupo de edad.

Tabla 3.

Características sociodemográficas del personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021

Características sociodemográficas		Total	
		f	%
Edad	20-39 años	35	87,50
	40-64 años	5	12,50
Sexo	Femenino	22	55,00
	Masculino	18	45,00
Estado Civil	Soltero	15	37,5
	Casado	15	37,5
	Unión libre	4	10
	Divorciado	5	12,5
	Viudo	1	2,5
Nivel de instrucción	Tercer nivel	30	75
	Cuarto nivel	10	25
Grupo Socioeconómico	Clase Alta	3	7,5
	Clase Media Alta	16	40
	Clase Media Típica	18	45
	Clase Media Baja	3	7,5
Jornada laboral diaria	Menos de 6 horas	4	10
	De 6 a 8 horas	2	5
	De 9 a 12 horas	12	30
	Más de 12 horas	22	55
Función en el área COVID	Auxiliar de enfermería	2	5
	Enfermero/a	16	40
	Médico Tratante	9	22,5
	Médico Residente	12	30
	Fisioterapeuta	1	2,5

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Análisis: Al caracterizar sociodemográficamente al personal de salud que trabajó en áreas adaptadas para la atención de pacientes COVID 19, se identificó que predominan las personas con rango de edad entre 20-39 años con el 87,50% (n=35), destaca el sexo femenino con el 55% (n=22),

solteras y casadas con 37,50% (n=15) respectivamente. La mayor parte de los trabajadores sanitarios poseen tercer nivel de instrucción con 75% (n=30). Por otro lado, 45% (n=18) del personal de salud, pertenecen a la clase media típica. Al evaluar las características laborales, se evidenció que el 55% (n=22) del personal de salud trabajó más de 12 horas en las áreas para pacientes COVID 19 y la mayor parte de la muestra estudiada fueron enfermeros/as con el 40% (n=16).

6.3. Resultados del tercer objetivo específico

Establecer la relación de las características sociodemográficas y laborales del personal de salud que atienden pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora con los síntomas de ansiedad y depresión.

Tabla 4.

Relación entre las características sociodemográficas y síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora que atendió pacientes COVID 19 durante el periodo abril-septiembre 2021

Características Sociodemográficas		Ansiedad		Depresión	
		f	%	f	%
Edad	20-39 años	19	47,50	22	55,00
	40-64 años	2	5,00	3	7,50
Sexo	Femenino	12	30,00	15	37,50
	Masculino	9	22,50	10	25,00
Estado Civil	Soltero	9	22,50	9	22,50
	Casado	6	15,00	10	25,00
	Unión libre	2	5,00	2	5,00
	Viudo	0	0,00	0	0,00
	Divorciado	4	10,00	4	10,00
Nivel de instrucción	Tercer Nivel	15	37,50	18	45,00
	Cuarto Nivel	6	15,00	7	17,50
Grupo Socioeconómico	Clase Alta	2	5,00	2	5,00
	Clase Media Alta	8	20,00	12	30,00
	Clase Media Típica	9	22,50	9	22,50
	Clase Media Baja	2	5,00	2	5,00
Jornada laboral diaria	Menos de 6 horas	2	5,00	1	2,50
	De 6 a 8 horas	2	5,00	2	5,00
	De 9 a 12 horas	6	15,00	8	20,00
	Más de 12 horas	11	27,50	14	35,00
Función en el área COVID	Auxiliar de enfermería	2	5,00	1	2,50
	Enfermero/a	8	20,00	11	27,50
	Médico Tratante	5	12,50	6	15,00
	Médico Residente	6	15,00	7	17,50

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Análisis: Al evaluar los síntomas ansiosos y depresivos en relación con las características sociodemográficas, se mostró que, del total de personas con síntomas de ansiedad, el 47,50% (n=19) tienen edades comprendidas entre 20-39 años, predominan las mujeres con el 30% (n=12), 22,50% (n=9) son solteros, el 37,50% (n=12) poseen instrucción de tercer nivel y 22,50% (n=9) pertenecen a la clase media típica, por otro lado destacan los trabajadores sanitarios con jornadas laborales de más de 12 horas diarias con el 27,50% (n=11) y el 20% son enfermeros/as. En contraste, del 62,50% (n=25) que presentaron síntomas de depresión, el 55% (n=22) pertenecen al rango de edad de 20-39 años, destacan el sexo femenino con 37,50% (n=15), el 25% (10) son casados, el 45% (n=18) tienen título de tercer nivel, el 30% (n=12) pertenecen a la clase media alta con el 30% (n=12), así mismo el 35% (n=14) poseen jornadas laborales de más de 12 horas y en su mayor parte son enfermeras/os con 27,50% (n=11).

Prueba de Chi cuadrado

Características Sociodemográficas		Ansiedad			Depresión		
		Chi	gl	Sig	Chi	gl	Sig
Edad	20-39 años	0,35	1	0,55	0,01	1	0,90
	40-64 años	0,35	1	0,55	0,01	1	0,90
Sexo	Femenino	0,08	1	0,77	0,67	1	0,41
	Masculino	0,08	1	0,77	0,67	1	0,41
Estado Civil	Soltero/a	0,54	1	0,46	0,64	1	0,80
	Casado/a	1,50	1	0,22	0,17	1	0,67
	Unión Libre	0,11	1	0,91	0,29	1	0,58
	Viudo/a	1,13	1	0,28	1,709	1	0,19
	Divorciado/a	0,90	1	0,34	0,29	1	0,58
Nivel de instrucción	Tercer Nivel	0,30	1	0,58	0,32	1	0,57
	Postgrado	0,30	1	0,58	0,32	1	0,57
Grupo Socioeconómico	Clase Alta	0,26	1	0,60	0,02	1	0,87
	Clase Media Alta	0,67	1	0,79	1,77	1	1,82
	Clase Media Típica	0,82	1	0,77	4,55	1	0,33
	Clase Media Baja	0,26	1	0,60	1,94	1	1,16
Jornada laboral diaria	Menos de 6 horas	0,01	1	0,91	2,66	1	0,10
	De 6 a 8 horas	1,90	1	1,16	1,26	1	0,26
	De 9 a 12 horas	0,43	1	0,83	0,12	1	0,72
	Más de 12 horas	0,12	1	0,72	0,27	1	0,87
Función en el área COVID	Auxiliar de enfermería	1,9	1	0,16	0,14	1	0,70
	Enfermero/a	0,67	1	0,79	0,44	1	0,50
	Médico tratante	0,04	1	0,83	0,08	1	0,76
	Médico Residente	0,43	1	0,83	0,12	1	0,72

gl: grados de libertad, sig: significancia

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Ariana Michelle Sucunuta Coronel

Al realizar el análisis estadístico mediante la prueba del chi cuadrado en cada una de las variables, evidenciamos que no mantienen relación estadísticamente significativa entre ninguna de ellas ($p > 0.05$), razón por la que se acepta la hipótesis nula.

7. Discusión

Mediante esta investigación se logró identificar características sociodemográficas que se relacionaron con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Para la realización de este estudio participaron 40 profesionales de la salud del Hospital Isidro Ayora que trabajaron en las áreas adaptadas para la atención de pacientes contagiados de COVID 19 durante el periodo abril - septiembre de 2021, en ellos se evidenció que 52,50% y 62,50% mostraron síntomas de ansiedad y depresión respectivamente. Estos resultados difieren con un estudio realizado en la ciudad de México en 234 prestadores de servicios de salud de 28 municipios de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba Veracruz durante el periodo octubre-diciembre 2020, el cual determinó que el 23,5% presentó riesgo de desarrollar ansiedad y 19,7% depresión (Onofre et al., 2021). Una situación similar se evidenció en una investigación realizada en China por Huang et al. (2020) en 230 miembros del personal médico del 7 al 14 de febrero mediante cuestionarios online, su objetivo era conocer el estado psicológico del personal de salud y proporcionar una base teórica para una oportuna intervención psicológica, la tasa de ansiedad fue de 23,04%.

Es importante destacar que en relación al sexo ambos estudios presentan una similitud con el presente trabajo, las mujeres son las que poseen una mayor tasa de ansiedad; en los trabajadores de la Jurisdicción Sanitaria VII 7,6% hombres manifestaron síntomas de ansiedad a diferencia de 11,9% mujeres; de igual manera en China la tasa de ansiedad femenina fue de 43,78% frente a 39,14% de los hombres; y en este trabajo en el sexo femenino los síntomas ansiosos predominaron con 55% frente a los hombres con 45%.

En Lima Metropolitana durante el estado de emergencia sanitaria Prieto-Molinari et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en 565 adultos con la finalidad de determinar características relacionadas con la sintomatología de ansiedad y depresión. Determinaron que existía mayor riesgo de ansiedad en personas jóvenes, de edades comprendidas entre los 18 a 29 años (Med= 3.83), este mismo grupo presentó tasas elevadas de riesgo de depresión (Med= 4.39). En nuestro estudio no contamos con la participación de personas menores a 20 años, sin embargo, los adultos jóvenes comprendidos en edades de 20 a 39 años fueron los que mostraron mayor predominio de síntomas ansiosos (47.5%) y depresivos (55%); el hecho de que las personas jóvenes estén en mayor riesgo de afectación de su salud mental puede deberse al gran flujo de información al que acceden por medio de redes sociales, que en algunos casos puede no ser veraz pero que produce alarma en la sociedad.

Adicional al hecho de que los trabajadores de la salud presenten un notable riesgo de desarrollar síntomas de trastornos mentales, existen características o factores que pueden aumentar o disminuir dicho riesgo. Por ejemplo, como ya se mencionó las mujeres han mostrado mayor frecuencia de experimentar dichos síntomas, esto se ha vinculado con los cambios hormonales y la responsabilidad de los hijos y los asuntos del hogar. Las personas que han contraído matrimonio se han asociado a niveles de ansiedad y depresión bajos, esto se explica por el hecho de que su conyugue en la mayoría de los casos representará un sistema de apoyo emocional para la persona. Además, tener un buen nivel socioeconómico se ha considerado un factor protector. A diferencia de lo esperado tener un alto nivel de instrucción se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos, se cree que se debe a que estas personas tienen una mayor conciencia de los riesgos que situaciones de crisis como la pandemia ocasionada por COVID conllevan para su salud (Qiu et al., 2020).

Evaluar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en el personal de salud en relación a sus características sociodemográficas y laborales, nos permite conocer si estos factores actúan como protectores o de riesgo para el desarrollo de estas patologías. En la investigación desarrollada las enfermeras y los enfermeros mostraron con mayor frecuencia síntomas de ansiedad y depresión, 20% y 27,50% respectivamente, frente a los médicos residentes que obtuvieron tasas de ansiedad de 15% y de depresión de 17,5%. Los resultados concuerdan con el trabajo desarrollado por Lai et al. (2020), quienes evaluaron datos demográficos en relación a la salud mental de 1257 trabajadores sanitarios de 34 hospitales de China desde el 29 de enero al 3 de febrero de 2020, determinando que el personal de enfermería mostraba tasas más altas de ansiedad grave y depresión con 5.6% y 7.1% respectivamente. Otro factor que se evidenció en la investigación realizada por Lai y colaboradores fue que las personas que tenían un título técnico intermedio presentaron una mayor tasa de ansiedad 37.3% y de depresión 19.3%. Un escenario parecido se observó en el personal de salud del Hospital Isidro Ayora las mayores tasas de ansiedad (37,5%) y depresión (45%) las reflejaron aquellos que poseen título de tercer nivel. Lai et al. (2020) evaluaron otras características como tipo de hospital en el que trabajaban y lugar de residencia, factores que no se correlacionan con las características evaluadas en la esta investigación.

En China, Shi et al. (2020) desarrollaron un estudio con la participación de 56679 participantes de las 34 regiones a nivel provincial del país e identificaron que el estado civil de soltero y los

ingresos más bajos se comportan como factores de riesgo para los resultados de salud mental deficientes, esto es consistente con nuestro estudio pues las personas solteras mostraron frecuencias más elevadas de ansiedad 22,50%; sin embargo, las personas casadas mostraron el mayor porcentaje de depresión 25%. Del mismo modo, el personal sanitario del Hospital Isidro Ayora perteneciente a la clase socioeconómica media típica mostró un predominio de síntomas ansiosos 22.50%, en cambio el predominio de síntomas depresivos recayó sobre los trabajadores pertenecientes a la clase socioeconómica media alta 30%.

No se ha documentado la relación existente entre la jornada laboral del personal sanitario y la presencia de trastornos psicopatológicos como la ansiedad y depresión. Sin embargo, se conoce que las situaciones atípicas que conlleva la pandemia por COVID-19, entre ellas las exigentes jornadas de trabajo pueden desencadenar frustración, agobio y enojo, afectando la salud mental de los trabajadores (Cantor-Cruz et al., 2021). En el Hospital Isidro Ayora al inicio de la pandemia, debido a la gran cantidad de contagios, al desconocimiento de la enfermedad y la insuficiente cantidad del personal para contrarrestar la emergencia sanitaria se instauraron jornadas laborales de 12 horas diarias, esto disminuía las horas de descanso del personal y su tiempo disponible para actividades de ocio que les permitía relajarse de la evidente presión que se vivía en los hospitales. El personal administrativo evaluó esta situación y redujeron las jornadas laborales con la finalidad de cuidar la salud mental y física de los trabajadores.

La importancia de los resultados obtenidos en la presente investigación radica en que estos reflejan el efecto que la reciente pandemia ocasionó en la salud mental del personal de salud, determinando alta presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Además, fue posible establecer una comparación para determinar quiénes presentaban mayor riesgo con base a sus características sociodemográficas y laborales. Con toda la información obtenida se abre el camino para que las autoridades competentes y el personal administrativo del Hospital Isidro Ayora consideren instaurar las medidas necesarias para velar por la salud mental de su personal y que ellos a su vez tomen las acciones de autocuidado pertinentes. Existen nuevas interrogantes que se originan a partir del presente trabajo como: ¿Cuáles son las medidas que permiten mejorar la salud mental del personal de salud en situaciones de emergencia sanitaria?, además se puede evaluar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en otros grupos de riesgo como adultos mayores, niños,

adolescentes, personas con enfermedades crónicas, personas con psicopatologías preexistentes, entre otros.

8. Conclusiones

La mayoría de profesionales de la salud presentaron síntomas de ansiedad y depresión predominando el sexo femenino en edades comprendidas entre 20 y 39 años

Los trabajadores sanitarios que atendían pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora estaban representados en su mayoría por el sexo femenino, personas con rango de edad de 20-39 años, solteros y casados en igual proporción, la mayor parte de los profesionales de salud poseen título de tercer nivel, predominan las personas pertenecientes a la clase media típica. Se evidenció que la mayor parte de los trabajadores sanitarios tenían jornadas laborales mayor a 12 horas diarias y predominaban los/as enfermeros/as.

Las características sociodemográficas y la presencia o ausencia de síntomas ansiosos y depresivos no mantienen relación estadísticamente significativa entre ellas.

9. Recomendaciones

Es evidente la necesidad de que el gerente y el director médico del Hospital Isidro Ayora instaure medidas que le permitan al personal de salud mejorar su salud mental como procurar atender todas las necesidades básicas, biológicas y psicológicas del personal, mantener una organización segura, con responsabilidad y compromiso desde el nivel más alto, establecer periodos de descanso y relevo durante el trabajo y entre cada turno y facilitar canales de comunicación con la finalidad que los empleadores se sientan seguros de exponer sus sentimientos.

A los profesionales de la salud se recomienda tomar medidas de autocuidado como mantener una alimentación saludable, realizar actividad física, mantener contacto con la familia y los amigos, evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas y utilizar técnicas de relajación, respiración y atención plena para el manejo del estrés. Es importante que los trabajadores sanitarios programen citas con un profesional en psicología para que realicen terapias y descargas emocionales.

A los estudiantes de la carrera de medicina y de psicología clínica se recomienda realizar un estudio de seguimiento sobre el estado actual de la salud mental del personal de salud del Hospital Isidro Ayora, después del periodo de pandemia, con la finalidad de que con los resultados obtenidos puedan desarrollarse planes de intervención que permitan a los trabajadores sanitarios dotarse de herramientas que les permitan realizar un mejor manejo de sus emociones.

10. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington.
- Agualongo Quelal, D. E., & Garcés Alencastro, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Revista Vínculos*, 5(2), 19–27. <https://doi.org/10.24133/vinculosespe.v5i2.1639>
- Álvarez-Mon, M., Vidal, C., Llaverro-Valero, M., & Ortuño, F. (2019). Clinical update of depressive disorders. *Medicine*, 12(86), 5041–5051. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- Blair, H. (2020). Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. *UpToDate*, 1–11.
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombana, J., Parra, A., Martin-Benito, L., Paternina Quesada, N., González-Giraldo, C., Cárdenas Rodríguez, M. L., Castillo Gutiérrez, A. M., Garzón-Lawton, M., Ronderos-Bernal, C., García Guarín, B., Acevedo-Peña, J. R., Gómez-Gómez, O. V., & Yomayusa-González, N. (2021). Mental Health Care of Health Workers During Covid-19: Recommendations Based on Evidence and Expert Consensus. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 50(3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- Coryell, W. (2021). Unipolar depression in adults: Course of illness. *UpToDate*, 1–33.
- Craske, M., & Bystritsky, A. (2021). Approach to treating generalized anxiety disorders in adults. *UpToDate*, 1–20.
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Délano, Paul. (2020). Coronavirus y personal de la salud. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 80(1), 7. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000100007>
- El trastorno de ansiedad generalizada. (2013). *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 56(4), 53–55.

- Espinoza Aguirre, A., Fantin, R., Barboza Solis, C., & Salinas Miranda, A. (2020). Características sociodemográficas asociadas a la prevalencia del consumo de tabaco en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.17>
- Forcadell, E. Lázaro, L. Fullana, M. Lera. S. (2019) Tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Clinic Barcelona Hospital Universitario*. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/tratamiento>
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP (2020) Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.*;38(0): E001. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). Survey for stratification of socioeconomical level. In *INEC*.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- López, I., & López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47–50.
- Lyness, J. (2021). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. *Uptodate*, 1–12.
- McCabe, R. (2020). Specific phobia in adults: Epidemiology, clinical manifestations, course and diagnosis. *UpToDate*, 1–23.
- Ministerio de Salud de Perú. (2020). *Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en Niños y Adolescentes*.
- Montero, I. (2019). Salud mental. *Programa de Formación En Perspectiva de Género En Salud*, 1–2.
- Monterrosa, A., Buelvas, C., & Ordosgoitia, E. (2021). Probable generalized anxiety disorders in the COVID-19 pandemic: assessment in general practitioners in the Colombian Caribbean. *Duazary*, 18(1), 7–19.

- Nicolini, H. (2020). Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. In *Cirugia y Cirujanos (English Edition)* (Vol. 88, Issue 5, pp. 542–547). Publicaciones Permanyer. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- National Library of Medicine (2020) Anexo 5 Categorías y funciones de los trabajadores de la salud. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584721/>
- Onofre, M., Rodríguez, S., Jaramillo, J., Salazar, J., Hernández, M., & Luna, O. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(4), 6837–6857. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804
- Organización Mundial de la Salud (2021) Envejecimiento. Recuperado de: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2018) Género y Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2021) Educación para la Salud y el Bienestar. Recuperado de: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
- Peraza de Aparicio, Cruz Xiomara. (2020). Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur*, 18(3), 507-511. Epub 02 de junio de 2020. Recuperado en 31 de mayo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300507&lng=es&tlng=es.
- Pereira, V., & Molero, P. (2019). Diagnostic and therapeutic protocol of depression. *Medicine*, 12(86), 5070–5074. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.015>
- Pérez, I. Bustamante, D. & Ibañez, M. (2016) Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphism and major depressive disorder in patients in Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 36, 285-294 . Recuperado de: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3014/3145>
- Prieto-Molinari, D. E., Aguirre Bravo, G. L., de Pierola, I., Luna Victoria-de Bona, G., Merea Silva, L. A., Lazarte Nuñez, C. S., Uribe-Bravo, K. A., & Ch Zegarra, Á. (2020). Depresión y

ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), 425.

Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (2020) A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 33(2): e100213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Quijije, R., Vargas, G., Olaya Pincay, M. E., & Cando, N. (2020). Evaluación De Estrés En El Personal Médico Hospitalario Ante El Covid-19. *Universidad Ciencia Y Tecnología*, 24(106), 96-101. <https://doi.org/10.47460/uct.v24i106.401>

Reivan, G., Pineda, G., & León, B. (2019). Psychometric Properties of the Golderg Anxiety and Depression Scale (GADS) in Ecuadorian Population. *International Journal of Psychological Research*, 388, 539–547. <https://doi.org/10.21500 / 20112084.3745>

Rodríguez, N. (2018) Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087

Roy-Byrne, P. (2021). *Panic disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis*. 1–23.

Rush, J. (2019). *Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment*. 1–39.

Sareen, J. (2019). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*, 1–26.

Schneier, F. (2019). Social anxiety disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*, 1–15.

Shi, L., Lu, Z.-A., Que, J., Huang, X.-L., Llu, Ll., Ran, M.-S., Gong, Y.-M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y.-K., Shi, J., Bao, Y.-P., & Lu, L. (2020). Determinants of the covid-19 pandemic in the west herzegovina canton. *Psychiatria Danubina*, 32, 221–225. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>

- Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19. *Revista Mexicana de Urologia*, 80(3), 1–10. <https://doi.org/10.48193/RMU.V80I3.653>
- World Health Organization. (2021). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. In *World Health Organization* (Issue December).

11. Anexos

11.1. Anexo 1

Pertinencia del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0548 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Ariana Michelle Sucunuta Coronel
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Julio de 2021

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 13 de julio de 2021 por la Dra. María Esther Reyes, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.E.- Archivo.
TVCP/NOT

11.2.Anexo 2

Designación de director de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0558 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. María Esther Reyes
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 16 de Julio de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como Directora de tesis del tema: "Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora", autoría de la Srta. Ariana Michelle Sucunuta Coronel.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.e.- Archivo, Estudiante.
TVCPNOT

11.3.Anexo 3

Autorización para recolección de datos



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio 032 PDI-HIAL-MSP

Loja, 29 de Julio del 2021

Srta. Ariana Michelle Sucunuta Coronel.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "Ansiedad y Depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al médico y de enfermería vía quipux para que se le colaboren con el llenado de las encuestas on line.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,


Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL.



11.4. Anexo 4

Traducción certificada



UNL | Universidad Nacional de Loja

Loja, 1 de Junio de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.
DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS IDIOMAS NACIONALES Y EXTRANJEROS – UNL

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la Tesis previa a la obtención del título de médica general: "**Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora**", autoría de Ariana Michelle Sucunuta Coronel con CI: 1150155461, de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
MARLON RICHARD
ARMIJOS RAMIREZ

MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
DOCENTE DE LA CARRERA PINE-UNL
1031-12-1131340
1031-2017-1905329

Educamos para Transformar

11.5.Anexo 5

Certificado del tribunal de grado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 23 de junio de 2023


En calidad del tribunal calificador del Trabajo de Titulación denominado **Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora**, de la autoría de **Ariana Michelle Sucunuta Coronel**, portador de la cédula de identificación Nro. **1150155461** previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.


Md. Sandra Katherine Mejía Michay, Mg. Sc.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL


Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL


Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

11.6.Anexo 6

Consentimiento informado



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud.

Este formulario de consentimiento informado está dirigido al personal de salud del área COVID 19 del hospital Isidro Ayora, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado “Ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora”.

Yo, **Ariana Michelle Sucunuta Coronel**, portadora de la CI. **1150155461**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja me encuentro investigando sobre síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19, los cuales se determinarán con la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC).

A continuación, se le informarán los puntos más relevantes de la investigación.

Propósito

En situaciones de crisis, como lo es la pandemia por COVID 19, las personas son más propensas a desarrollar trastornos psicopatológicos como: ansiedad y depresión, el personal sanitario presenta un alto riesgo debido a que están sometidos a largas jornadas de trabajo, falta de medicamentos e insumos médicos, viven de cerca el desconsuelo de los pacientes y sus familias y experimentan a diario el miedo al contagio.

Por medio de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC), buscamos determinar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la población en general, y de acuerdo a estos resultados clasificarlos a su vez en base a las características sociodemográficas.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluye los datos personales del paciente con la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC).

Selección de participantes

Los participantes son el personal de salud que atiende a pacientes COVID 19 del Hospital Isidro Ayora.

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio.

En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará aproximadamente 10 minutos y se procederá a la aplicación de las escalas indicadas previamente.

Información sobre el cuestionario

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC) fue creada para detectar los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: ansiedad y depresión. Consta de dos subescalas, una para detectar ansiedad y la otra para depresión, cada una consta de 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada subescala solo serán contestadas si hay 2 o más respuestas positivas y una o más respuestas positivas, en la subescala de ansiedad y depresión respectivamente.

Procedimiento y protocolo

Para la recolección de la información, se usará la plataforma de cuestionarios de Google y se aplicarán: la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC), misma que tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

Duración

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 10 minutos por persona y se desarrollará personalmente.

Beneficios

Al participar en esta investigación tendrá el beneficio de que podrá conocer si usted está presentando síntomas ansiosos o depresivos, y de esta forma tomar medidas de autocuidado.

Confidencialidad

La información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y

será solo de conocimiento del investigador.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

A quien contactar:

Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente correo electrónico ariana.sucunuta@unl.edu.ec o al número de celular: 0993200057

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ portador de la C.I. _____ he sido invitado a participar en la investigación denominada “Ansiedad y depresión en el personal de salud del área COVID 19 del Hospital Isidro Ayora”, he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo por la estudiante Ariana Michelle Sucunuta Coronel, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del participante: _____

11.7. Anexo 6

Hoja de recolección de datos



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Características Sociodemográficas y laborales

Las preguntas sobre características sociodemográficas se elaboraron en base a las encuestas utilizadas por el INEC para el censo de población general durante el año 2010. Las características laborales que se evaluarán son: la función que desempeña el participante en el área COVID 19 y su jornada laboral diaria.

Edad

Sexo: Femenino Masculino

Tiene antecedentes de ansiedad o depresión antes de la pandemia causada por la COVID 19

S No

Nivel de instrucción

- Secundaria Completa
- Hasta 3 años de educación superior
- 4 o más años de educación superior (sin post grado)
- Post grado

Estado civil:

- Soltero
- Casado

- Unión libre
- Divorciado
- Viudo
- Separado

¿En qué grupo socioeconómico se ubica?

- Clase Alta (Nivel A)

Características

- **Vivienda:** Material predominante del piso de su vivienda duela, parquet, tablón o piso flotante. Dos o más cuartos de baño con ducha.
- **Bienes:** Posee teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido, dos o más televisiones a color. Uno o más vehículos para el hogar.
- **Tecnología:** Cuenta con servicio a internet. Posee computador de escritorio y/o portátil. Cuatro celulares como promedio en el hogar
- **Hábitos de consumo:** La mayor parte de su vestimenta la adquiere en centros comerciales. Posee correo electrónico personal y alguna página social.
- **Educación:** El jefe de su hogar tiene nivel de instrucción superior y/o post grado
- **Economía:** El jefe del hogar se desempeña como profesional científico, intelectual, es miembro del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos, o personal del directorio de la Administración Pública y de empresas. Algún miembro de la familia se encuentra afiliado o cubierto por el Seguro del IESS. ISSFA o ISSPOL. Algún miembro de la familia tiene seguro de salud privada.

- Clase Media Alta (Nivel B)

Características

- **Vivienda:** Material predominante del piso de su vivienda duela, parquet, tablón o piso flotante. Dos o más cuartos de baño con ducha.
- **Bienes:** Posee teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido, dos o más televisiones a color. Un vehículo para el hogar.
- **Tecnología:** Cuenta con servicio a internet. Posee computador de escritorio y/o portátil. Tres celulares como promedio en el hogar

- **Hábitos de consumo:** La mayor parte de su vestimenta la adquiere en centros comerciales. Posee correo electrónico personal y alguna página social.
- **Educación:** El jefe de su hogar tiene nivel de instrucción superior
- **Economía:** El jefe del hogar se desempeña como profesional científico, intelectual, técnicos y profesionales del nivel medio. Algún miembro de la familia se encuentra afiliado o cubierto por el Seguro del IESS. ISSFA o ISSPOL. Algún miembro de la familia puede tener seguro de salud privada.

– Clase Media Típica (Nivel C+)

Características

- **Vivienda:** El material predominante del piso de su vivienda es cerámica, baldosa, vinil o marmetón. Un cuarto de baño con ducha.
- **Bienes:** Posee teléfono convencional y refrigeradora. Además, puede tener cocina con horno, lavadora, equipo de sonido, dos o más televisiones a color.
- **Tecnología:** Cuenta o no con servicio a internet. Posee computador de escritorio y/o portátil. Dos celulares como promedio en el hogar
- **Hábitos de consumo:** Parte de su vestimenta la adquiere en centros comerciales. Posee correo electrónico personal y/o alguna página social.
- **Educación:** El jefe de su hogar tiene nivel de instrucción secundaria completa.
- **Economía:** El jefe del hogar se desempeña como trabajadores de los servicios, comerciantes, operadores de instalación de máquinas y montadores. Algún miembro de la familia se encuentra afiliado o cubierto por el Seguro del IESS. ISSFA o ISSPOL.

– Clase Media Bajo (Nivel C-)

Características

- **Vivienda:** El material predominante del piso de su vivienda es ladrillo o cemento. Un cuarto de baño con ducha.
- **Bienes:** Posee o no teléfono convencional. Dispone de refrigeradora y cocina con horno. Puede tener, lavadora, equipo de sonido y un televisor a color.
- **Tecnología:** Cuenta o no con servicio a internet. Posee o no computador de escritorio. Dos celulares como promedio en el hogar

- **Hábitos de consumo:** Pocas prendas de su vestimenta las adquiere en centros comerciales. Puede tener correo electrónico personal y/o alguna página social.
- **Educación:** El jefe de su hogar tiene nivel de instrucción primaria completa.
- **Economía:** El jefe del hogar se desempeña como trabajadores de los servicios y comerciantes, operadores de instalación de máquinas y montadores o se encuentra inactivo. Algún miembro de la familia se encuentra afiliado o cubierto por el Seguro del IESS. ISSFA o ISSPOL.

– Clase Baja (Nivel D)

Características

- **Vivienda:** El material predominante del piso de su vivienda es ladrillo o cemento, tabla sin tratar o tierra. Un cuarto de baño con ducha o letrina.
- **Bienes:** No posee teléfono convencional. Dispone o no de refrigeradora y cocina con horno. No tiene lavadora ni equipo de sonido. Posee un televisor a color.
- **Tecnología:** No cuenta con servicio a internet. Un celular como promedio en el hogar
- **Educación:** El jefe de su hogar tiene nivel de instrucción primaria completa.
- **Economía:** El jefe del hogar se desempeña como trabajadores de los servicios, comerciantes, operadores de instalación de máquinas y montadores o se encuentra inactivo. Algún miembro de la familia puede estar afiliado o cubierto por el Seguro del IESS. ISSFA o ISSPOL.

¿Qué función desempeña en el área COVID?

- Interno/a de medicina
- Interno/a de enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera/o
- Médico/a tratante
- Médico/a residente
- Auxiliar de servicios generales

¿Cuántas horas diarias trabaja en el área COVID?

- Menos de 6 horas
- De 6 a 8 horas
- De 9 a 12 horas
- Más de 12 horas

11.8. Anexo 7

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADAC) fue creada en el año de 1988 por Goldberg y colaboradores, para detectar los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: ansiedad y depresión. Consta de dos subescalas, una para detectar ansiedad y la otra para depresión, cada una consta de 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada subescala solo serán contestadas si hay 2 o más respuestas positivas y una o más respuestas positivas, en la subescala de ansiedad y depresión respectivamente.

Subescala de ansiedad

Durante las últimas dos semanas:

- 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar respondiendo)

- 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Subescala de depresión

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, siga contestando)

5. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Puntuación Total

Ansiedad (>4 puntos)

Depresión (> 2 puntos)

11.9. Anexo 9

Matriz de datos

N°	Características Sociodemográficas y Laborales								Ansiedad	Depresión
	Edad	Sexo	Tiene antecedentes de ansiedad o depresión antes de la pandemia causada por la COVID 19	Nivel de instrucción	Estado civil	Grupo Socioeconómico	¿Qué función desempeña en el área COVID?	¿Cuántas horas trabaja en el área COVID?		
1	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	No Ansiedad	Depresión
2	20-39 años	Masculino	Sí	Postgrado	Unión Libre	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	Menos de 6 horas	Ansiedad	No Depresión
3	20-39 años	Femenino	No	Postgrado	Soltero	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	De 6 a 8 horas	Ansiedad	Depresión
4	20-39 años	Masculino	No	Postgrado	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a Tratante	De 6 a 8 horas	Ansiedad	Depresión
5	20-39 años	Masculino	No	Postgrado	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
6	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
7	40-64 años	Masculino	Sí	Postgrado	Casado	Clase Alta (Nivel A)	Médico/a Tratante	Menos de 6 horas	Ansiedad	Depresión
8	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a residente	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión

9	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Divorciado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
10	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Alta (Nivel A)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	Depresión
11	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Divorciado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
12	20-39 años	Femenino	No	Hasta 3 años de educación superior	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
13	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Auxiliar de enfermería	De 9 a 12 horas	Ansiedad	No Depresión
14	20-39 años	Femenino	No	Postgrado	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	Ansiedad	Depresión
15	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a residente	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
16	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	Ansiedad	Depresión
17	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Baja (Nivel C-)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
18	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
19	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Unión Libre	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a residente	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión

20	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Divorciado	Clase Alta (Nivel A)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	No Depresión
21	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
22	40-64 años	Masculino	No	Hasta 3 años de educación superior	Divorciado	Clase Media Baja (Nivel C-)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	Ansiedad	Depresión
23	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Alta (Nivel B)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	Ansiedad	Depresión
24	20-39 años	Femenino	No	Postgrado	Soltero	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
25	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
26	20-39 años	Masculino	No	Postgrado	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	Depresión
27	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a residente	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión
28	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Baja (Nivel C-)	Médico/a residente	Más de 12 horas	No Ansiedad	Depresión
29	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a residente	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	Depresión
30	20-39 años	Masculino	No	Postgrado	Divorciado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	Más de 12 horas	No Ansiedad	Depresión

31	20-39 años	Femenino	No	Hasta 3 años de educación superior	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
32	40-64 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Viudo	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Menos de 6 horas	No Ansiedad	No Depresión
33	40-64 años	Femenino	No	Hasta 3 años de educación superior	Unión Libre	Clase Media Alta (Nivel B)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	Depresión
34	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Fisioterapeuta	De 9 a 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
35	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Enfermera/o	Más de 12 horas	No Ansiedad	Depresión
36	20-39 años	Masculino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Médico/a residente	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
37	20-39 años	Femenino	No	Postgrado	Casado	Clase Media Alta (Nivel B)	Médico/a Tratante	Menos de 6 horas	No Ansiedad	No Depresión
38	40-64 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Casado	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	Más de 12 horas	No Ansiedad	No Depresión
39	20-39 años	Femenino	No	4 o más años de educación superior (sin postgrado)	Soltero	Clase Media Típica (Nivel C+)	Enfermera/o	De 9 a 12 horas	Ansiedad	No Depresión
40	20-39 años	Femenino	No	Hasta 3 años de educación superior	Unión Libre	Clase Media Alta (Nivel B)	Auxiliar de enfermería	Más de 12 horas	Ansiedad	Depresión

