



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**“Depresión, ansiedad e insomnio asociados a
exposición al covid-19 en médicos de los hospitales de
la región Piura”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Valdivia Barreto, Maribel (ORCID: 0000-0002-7501-7574)

ASESOR:

Bazán Palomino, Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades no transmisibles

PIURA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mí amada madre por inculcar en mí valores, una fe infinita en Dios y nunca dudar en acompañarme en cada etapa de mi vida, a pesar de todas las dificultades que se presentaron.

A mi familia por alentarme a seguir mis sueños y creer en mi capacidad para alcanzar cada una de las metas propuestas.

A todo personal de salud que estuvo en primera línea en la lucha contra esta pandemia provocada por covid-19.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su inmensa bendición llena siempre mi vida y la toda mi familia por estar siempre presentes.

En este peldaño de mi vida doy mi profundo agradecimiento a todas las autoridades de la universidad que me permiten ser una profesional al servicio del pueblo y por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar mi trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Problemática:	1
1.2. Trabajos previos	2
1.3. Teorías relacionadas al tema	5
1.4. Formulación del Problema	13
1.5. Justificación de estudio	13
1.6. Objetivos:	14
II. MÉTODOS	14
2.1. Diseño de Investigación	14
2.2. Variables y operacionalización	14
2.3. Población y muestra	14
III. RESULTADOS	19
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
VIII. ANEXOS	43

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre síntomas de depresión, ansiedad e insomnio y la exposición al COVID-19 en los médicos que laboran en los hospitales de la región Piura.

Metodología: El presente estudio es de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se encuestó virtualmente a 170 médicos que laboraban en tres hospitales COVID-19 de la región Piura. Se utilizaron las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index) para la sintomatología y la severidad que presentan

Resultados: Se obtuvo como resultado que el sexo femenino representó el 53% de la población de estudio, siendo el 71 % los médicos menores de 30 años , presentando síntomas de depresión moderada el 71 %, ansiedad leve el 74 % y síntomas de insomnio sub-clínico el 65%.

Conclusiones: Se concluye que existe relación de síntomas como depresión, ansiedad e insomnio en médicos en exposición al COVID-19

Palabras clave: COVID-19. Médicos. Depresión. Ansiedad. Sueño.

ABSTRACT

OBJETIVES: Identify the association between symptoms of depression, anxiety and insomnia and exposure to COVID-19 in doctors working in hospitals in the Piura region

MATERIALS AND METHODS: The present study is observational, cross-sectional and retrospective. Virtually 170 doctors working in three COVID-19 hospitals in the Piura region were surveyed. The PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) and ISI (Insomnia Severity Index) scales were used for the symptoms and severity they present.

RESULTS: It was obtained as a result that the female sex represented 53% of the study population, with 71% being doctors under 30 years of age, 71% presenting symptoms of moderate depression, 74% mild anxiety and symptoms of sub-clinical insomnia. 65%.

CONCLUSIONS: It is concluded that there is a relationship of symptoms such as depression, anxiety and insomnia in doctors in exposure to COVID-19

Keywords: COVID-19. Doctors Depression. Anxiety. Dream.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problemática:

A fines del año 2019, se identificó una variante de coronavirus, la cual causó casos de neumonía en un grupo de la población de Wuhan (China). Se propagó rápidamente, provocando una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en otros países del mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019 y se declaró como una pandemia el 11 de marzo del 2020 (1).

El 6 de marzo del 2020 el primer caso de covid-19 en el país fue confirmado por en aquel entonces presidente Martín Vizcarra, se trató de un joven de 25 años que había estado viajando por países europeos donde la infección por coronavirus era emergente (2).

Para el 23 de marzo del 2020, Piura ya era la región con más casos confirmados en la región norte del país (3). Al 2 de febrero del 2021, 469 médicos se infectaron con COVID-19, uno permanece en la unidad de cuidados intensivos y se registran 9 fallecidos (4).

Sin lugar a dudas la pandemia del COVID-19 afecta la salud de manera individual y colectiva, esta se asocia con múltiples problemas psiquiátricos en varios grupos, incluidos los médicos que atienden a pacientes con COVID-19 sospechado o confirmado (5).

Las altas tasas de mortalidad en subpoblaciones, la falta de tratamientos, vacunas eficaces y las medidas de cuarentena masiva han provocado problemas de salud mental comunes, como; miedo, ansiedad, depresión y problemas de sueño en profesionales de la salud (6).

Medidas de protección inadecuada, trabajo excesivo, frustración, discriminación, aislamiento, problemas emocionales, falta de contacto con sus familias y agotamiento tienen un impacto psicológico relevante en el personal médico (7).

La imposición de medidas de salud pública empíricas, el desmedro económico, la información contradictoria por parte de las autoridades, ocasiona una angustia emocional e incrementan el agotamiento físico generando un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno psiquiátrico asociado al COVID-19 (9).

Medidas de soporte como recursos online han sido propuestos como apoyo al personal de salud; entre estas encontramos: trabajo virtual (consultas médicas en línea), telesalud, el empleo de aplicativos móviles y herramientas para la atención de salud mental. Actualmente se necesita con urgencia un esfuerzo conjunto, para establecer la colaboración internacional para abordar los desafíos de salud mental causados por la pandemia de COVID-19 (8) (9).

1.2. Trabajos previos

Antecedentes

Shechter et al. (10) En un hospital de New York, durante un pico de ingresos hospitalario por COVID-19 del 9 de abril al 24 de abril de 2020, se realizó una encuesta web, estudio de tipo transversal a médicos, proveedores de práctica avanzada, residentes y enfermeras. Con el objetivo de caracterizar el impacto psicológico en el personal sanitario como la angustia, el afrontamiento y las preferencias de apoyo que optaron los trabajadores. Se detectaron en los resultados; síntomas psicológicos para estrés agudo (57%), depresión (48%) y ansiedad (33%).

Rossi et al (11). Investigación transversal, bajo la supervisión de la universidad L'Aquila llevada a cabo entre el 27 y 31 de marzo del 2020, con un total de 1379 trabajadores de salud que completaron el cuestionario mediante una página web y redes sociales. Un total de 681 encuestados (49,38%) sufrieron Síntomas de Estrés Posttraumático (PTSS); 341 (24,73%), síntomas de depresión; 273 (19,80%), síntomas de ansiedad; 114 (8,27%), insomnio; y 302 (21,90%), alto estrés percibido. La edad más joven y el sexo femenino se asociaron con todos los resultados investigados. Los médicos generales tenían más probabilidades de sufrir PTSS que otros trabajadores de salud.

Erquicia et al (12), Se incluyó en el estudio a 395 participantes, realizando una evaluación transversal entre los meses de marzo y abril. Recopilando información sobre ansiedad, depresión y estrés. Una proporción significativa de profesionales refirió síntomas de ansiedad (31,4%) y depresión (12,2%) de intensidad moderada a severa. El 14,5% de los participantes informó síntomas de estrés agudo. El resultado final revela que mujeres (u hombres jóvenes), que se encuentran trabajando en primera línea como auxiliares de enfermería, cuidadoras o técnicos en radiología, con la incertidumbre de una posible infección, la percepción de medidas de protección inadecuadas y haber experimentado la muerte de una persona cercana por Covid-19, mostró un mayor riesgo de experimentar angustia psicológica.

Alonso et al (13), invitaron a todos los trabajadores de 18 instituciones sanitarias en España a realizar encuestas en línea que evaluaban las características individuales, el estado de infección y exposición a COVID-19 y el estado de salud mental. Reportaron probables trastornos mentales como: Trastorno depresivo mayor TDM, trastorno de ansiedad generalizada GAD, Ataques de pánico, Trastorno de estrés postraumático PTSD y Trastorno por uso de sustancias. Se utilizó la discapacidad grave evaluada por la Escala de discapacidad de Sheehan para identificar los posibles trastornos mentales actuales incapacitante. Los trabajadores con trastornos mentales prepandémicos de por vida tenían casi el doble de prevalencia que aquellos sin ellos. Uno de cada siete trabajadores sanitarios españoles dio positivo por un trastorno mental incapacitante durante la primera ola de la pandemia de COVID-19.

Urzua et al. (14) realizaron una revisión sistemática sobre el estrés mental del personal médico en el contexto de la pandemia de COVID-19. Reportaron síntomas significativos de estrés, depresión y ansiedad, cuya severidad estuvo influenciada por factores como la edad, el sexo, la especialidad, el tipo de actividad y la proximidad a los pacientes con COVID-19. Además, en todos los estudios, más de un tercio del personal de salud tuvo experiencias de estrés leve a moderado, incluyendo al personal que no trabajaba directamente con pacientes COVID-19. 65% informó síntomas de depresión, 74% ansiedad, 65% insomnio y 57% angustia. Los médicos tenían puntuaciones medias más bajas en

todas las escalas que las enfermeras y otros profesionales de la salud. Los profesionales que atienden a pacientes con infecciones respiratorias o con COVID-19 tuvieron puntuaciones medias más altas en las escalas que sus contrapartes.

Tan et al. (15) en su investigación realizada en 500 trabajadores sanitarios en Singapur durante la pandemia del COVID-19, arrojó como resultado que 14,5% sufrieron de ansiedad, 8,9% depresión, 6,6% estrés y 7.7% preocupación clínica de trastorno de estrés post traumático. El personal médico tuvo menor prevalencia de ansiedad que el grupo de trabajadores no médicos.

Li et al. (16). Este estudio transversal contó con 948 médicos evaluados en la provincia de Wuhan (219 locales y 729 de Ningbo que acudieron como médicos de apoyo cuando estalló el COVID-19), se realizó entre el 15 al 22 de febrero de 2020. Los datos demográficos se recopilaron mediante cuestionarios y la Escala de insomnio de Atenas (AIS). Se administró el Cuestionario de Informes-20 (SRQ-20) para evaluar los síntomas del sueño (es decir, ≥ 6 en AIS) y los síntomas psicológicos generales (es decir, ≥ 7 en SRQ-20), respectivamente. El personal médico en Wuhan tenía mayor insomnio que en Ningbo (58,90 frente a 24,97%; $p = 0,001$) y tenía síntomas psicológicos más generales (13,24 frente a 8,64%; $p = 0,044$). Entre el personal médico de Wuhan, los síntomas del insomnio estaban relacionados con el género, la educación y síntomas psicológicos generales. Entre el personal médico de Ningbo, el insomnio no solo se relacionó con síntomas psicológicos generales, sino que también se relacionó con el estado civil. Muchos miembros del personal médico tenían familias e hijos. Por lo tanto, preocuparse por sus familiares es más probable que los haga más susceptibles al estrés y propensos al insomnio.

Los trabajadores del sector salud que están en contacto con pacientes confirmados y/o sospechosos de COVID-19, tienen un alto riesgo de infectarse con el virus y de sufrir problemas de salud mental.

Los escasos trabajos locales de investigación dirigidos al estudio de salud mental en profesionales de salud nos obligan a realizar investigaciones para determinar

la asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de trastornos mentales como ansiedad, insomnio y depresión en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Piura

Estos resultados servirán para ejecutar medidas de apoyo para el personal de salud.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Según la OMS: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad".

La salud mental es un estado de bienestar en el que una persona es consciente de sus capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad (16).

Trastorno depresivo

La depresión es un trastorno común, debilitante y potencialmente "letal". Se estima que más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión, y la OMS clasifica el trastorno como el mayor contribuyente a la discapacidad global.

Como síntoma forma parte de trastornos psíquicos mayores, desde el punto de vista sindrómico es un conjunto de procesos psíquicos como pérdida del impulso vital, inhibición y autculpa, y como una enfermedad se estudia como un trastorno biológico. (17).

Factores de riesgo

Se ha propuesto que varios factores de riesgo contribuyen al desarrollo de la depresión, incluidos entre otros: los genéticos, sexo femenino, edad media 20 – 50 años, personas con pobres relaciones interpersonales, abuso de sustancias, ansiedad, la pérdida de un ser querido, desempleo, menor nivel educativo, menor apoyo social, menor actividad física. (18).

Manifestaciones clínicas

Es característico del trastorno depresivo la sensación de pena, irritabilidad y vacío, estos síntomas y los cambios cognitivos y somáticos ocasionan desmedro en áreas importantes del funcionamiento social (19).

- Síntomas afectivos

- 1) Tristeza patológica.
- 2) Anhedonia: Condición en la que una persona es incapaz de experimentar placer.
- 3) Ansiedad: Sensación injustificada en la que se espera que suceda algo malo.
- 4) Irritabilidad: Conductas violentas desproporcionadas.
- 5) Disforia: Malestar general.
- 6) Apatía: Indiferencia total.

- Síntomas cognitivos

- 1) Pensamiento pesimista, lento, indeciso y monótono con dificultad para lograr la concentración.
- 2) Desorientación, alteración en la memoria, disminución de la capacidad de aprendizaje y de atención.

- Síntomas somáticos

- 1) Trastornos vegetativos como trastornos digestivos, cardíacos, pérdida del lívido, insomnio.
- 2) Trastornos de los ritmos vitales. Alteración del ritmo circadiano.

- Síntomas conductuales

Movimientos aislados, alteración en la marcha, lenguaje (lento, de pobre iniciativa, mutismo) (20).

Diagnóstico

La característica más resaltante del trastorno depresivo es un estado continuo deprimido. El trastorno depresivo mayor, es el más común de los trastornos

depresivos. Si un trastorno cursa con afecto deprimido y además malestar clínico significativo con deterioro del funcionamiento de las esferas sociales pero que no cumple todos los criterios para ser calificado como trastorno depresivo se le puede considerar como trastorno depresivo especificado o no especificado, esto depende si el evaluador especifica el motivo de incumplimiento de los criterios. Por mencionar un ejemplo, tenemos un “episodio depresivo de corta duración”, existe un estatus deprimido y por lo menos cuatro síntomas de depresión, que están presentes durante más de cuatro días, pero menos de catorce.

Si los síntomas se repiten al menos una vez al mes, durante un periodo de al menos doce meses, se trataría de una depresión breve recurrente. Y si el evaluador decide no especificar el motivo del cuadro depresivo porque carece de información suficiente para hacer el diagnóstico certero, estamos hablando de un trastorno depresivo no específico (19).

Severidad de los síntomas de depresión

El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es utilizado para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastorno depresivo, y para monitorear la respuesta al tratamiento¹⁵. Los ítems hacen referencia a los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5. Los grados de gravedad son determinados de la siguiente manera (21):

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de depresión
0 – 4	Ninguna o mínima
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 19	Moderado severa
20 – 27	Severa

Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas acerca de una serie de eventos o actividades. Para la persona es difícil controlar la preocupación.

Entre los signos y síntomas asociados están inquietud o sensación de excitación, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño (22).

Factores de riesgo

- Genéticos: los cuales van a predisponer a momentos patológicos de ansiedad.
- Género: las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de experimentar TAG.
- Grupo etario: entre los 20 y 40 años. Cuadros más severos en jóvenes.
- Ambientales: traumas y estrés.

Manifestaciones clínicas

En el plano psíquico la persona se va a mostrar inquieta, nerviosa, constantemente amenazada, se siente incapaz en el plano profesional y restringido en el social. La tensión es constante durante el día y durante la noche esta empeora generándole dificultad para conciliar el sueño

En el plano somático, hay una elevada hiperactividad vegetativa como frecuencia cardiaca incrementada, dificultad para poder respirar y mareos (23).

La capacidad para desarrollar tareas eficientemente se ve perjudicada por la preocupación excesiva. Esta última causa deterioro al asociarse al nerviosismo, dificultad para poder concentrarse, cansancio y nerviosismo. (24) (25)

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

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

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

1. Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo.
2. Se fatiga con facilidad.
3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio).

Severidad de los síntomas de ansiedad

Se utilizó la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Para detectar la severidad de los síntomas. A continuación los grados de severidad se obtienen de acuerdo al puntaje que se determina.

Un instrumento que detecta síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de los mismos; y cuyos primeros tres ítems evalúan los criterios A (ansiedad y preocupación) y B (dificultad para controlar la preocupación) del DSM-5, el resto referidos a los criterios del DSM-5 y otras escalas de tamizaje. Los grados de severidad se determinan de acuerdo al puntaje obtenido como sigue (26):

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0 – 4	No se aprecia ansiedad
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 21	Severo

Insomnio

Está caracterizado por la mala calidad y cantidad del sueño, es difícil conciliarlo y mantenerlo, es común despertar temprano con la consiguiente incapacidad para dormir de nuevo. Representa una comorbilidad bastante frecuente de padecimientos médicos, psiquiátricos y de consumo de sustancias (27)

Disminuye la calidad de vida e interfiere en las relaciones sociales y constituye un factor de riesgo para desarrollar depresión. (28)

Factores de riesgo

- Sexo: Más común en las mujeres, debido al nacimiento de un bebé o durante el curso del climaterio.
- Edad: el primer episodio puede aparecer en la edad adulta temprana. Con la edad aumenta la prevalencia. Los jóvenes tienen problemas para conciliar el sueño mientras que los adultos jóvenes para mantenerlo.
- Las personas ansiosas, que reprimen emociones tienen más riesgo de sufrir insomnio.
- -Un ambiente poco propicio para conciliar el sueño con temperaturas elevadas o bajas, elevada altitud, excesivo ruido y luz.
- Consumo excesivo de cafeína, los horarios de sueño variables.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con insomnio suelen quejarse de dificultad para conciliar el sueño y / o permanecer dormidos. También se debe informar la función diurna alterada para el diagnóstico de un trastorno de insomnio. En muchos casos, también están presentes trastornos médicos o psiquiátricos comórbidos, medicamentos o sustancias, u otros trastornos del sueño.

Dificultad para iniciar o mantener el sueño. Los pacientes con insomnio se quejan de una mala calidad del sueño o una cantidad insuficiente debido a la dificultad para iniciar el sueño, la dificultad para mantener el sueño o el despertarse demasiado temprano. Es importante destacar que el insomnio se diferencia de la privación del sueño en que ocurre a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir.

Los pacientes pueden describir un sueño variable, con una o varias noches de mal sueño seguidas de una noche de mejor sueño. En ocasiones, los pacientes pueden informar que duermen lo mínimo durante varias noches consecutivas.

La mayoría de los adultos que han descansado bien se duermen entre 10 y 20 minutos después de intentar dormir y pasan menos de 30 minutos despiertos durante la noche. Por el contrario, los pacientes adultos con insomnio generalmente informan que tardan 30 minutos o más en conciliar el sueño (para aquellos con dificultades para iniciar el sueño) o que pasan 30 minutos o más despiertos durante la noche (para aquellos con dificultades para mantener el sueño). El despertar temprano en la mañana se define como la terminación del sueño al menos 30 minutos antes de la hora deseada para despertarse.

El diagnóstico de trastorno de insomnio requiere que las dificultades para dormir estén acompañadas de una función diurna comprometida relacionada con uno o más de los siguientes:

- Fatiga o malestar
- Poca atención o concentración
- Disfunción social o vocacional / educativa
- Alteración del estado de ánimo o irritabilidad
- Somnolencia diurna
- Motivación o energía reducidas
- Aumento de errores o accidentes
- Problemas de comportamiento como hiperactividad, impulsividad o agresión.
- Preocupación constante por el sueño

Comorbilidades: el insomnio comúnmente coexiste con trastornos psiquiátricos o médicos, otros trastornos del sueño o el uso de ciertos medicamentos o sustancias. A veces, existe una clara relación temporal entre el insomnio y la afección que se sabe que interrumpe el sueño, mientras que en muchos casos es difícil discernir qué afección se presentó primero (29).

Diagnóstico

Principalmente, el diagnóstico está basado en la percepción del paciente sobre el sueño o en la información que puede brindar su cuidador sobre la pobre cantidad y calidad del sueño o la dificultad para conciliarlo.

Esta alteración del sueño genera en el paciente un malestar con detrimento de la función social, laboral y académica.

Esta alteración se presenta por lo menos 3 noches en la semana durante un mínimo de 3 meses (30).

Si el paciente tiene alguna comorbilidad, no es razón suficiente para interrelacionarlos a ambos trastornos (38).

Al presentar frecuentemente síntomas de insomnio y cumplirse todos los criterios diagnósticos, excepto los 3 meses de duración, se diagnostica como “trastorno de insomnio no especificado”.

Severidad de los síntomas de insomnio

En esta investigación se ha planteado utilizar el Índice de Gravedad del Insomnio (Insomnia Severity Index – ISI) para evaluar los síntomas subjetivos y las repercusiones del insomnio, al igual que la angustia causada por esas dificultades.

Según el puntaje que se obtiene, se van a diferenciar los siguientes tipos de severidad:

De acuerdo a este, y según el puntaje obtenido, se distinguen los siguientes grados de severidad (31).

ISI (Puntaje)	Severidad de insomnio
0 – 7	Ausencia de insomnio clínico
8 – 14	insomnio subclínico
15 – 21	insomnio clínico
22 – 28	insomnio clínico grave

Exposición al COVID-19

La pandemia de COVID-19 se ha asociado con una ola insidiosa de estrés psicológico entre el personal sanitario. El agotamiento físico y mental, el miedo, la depresión, la ansiedad, el insomnio y el estrés psicológico entre los profesionales

sanitarios han intensificado un desafío abrumador durante la pandemia de COVID. Las consecuencias de tal estrés pueden afectar negativamente la seguridad del paciente y del HCP (32).

En el departamento de Piura, los hospitales Cayetano Heredia, Santa Rosa y el Hospital de Apoyo Sullana han sido asignados por el Gobierno Regional de Piura como principales centros de atención de pacientes infectados con COVID-19. A pesar de tales designaciones y organizaciones la mayoría de hospitales en la región de Piura continúan recibiendo pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19. La primera línea de defensa contra esta pandemia está conformada por los profesionales de salud que día a día se exponen al tener contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. Es por ello que enfrentan un riesgo mayor a problemas de salud mental que pueden contribuir a desarrollo de patologías psíquicas como depresión, trastorno de estrés postraumático e insomnio.

1.4. Formulación del Problema

¿Son los médicos afectados por la depresión, ansiedad e insomnio debido a la a la exposición de Covid-19 en los hospitales de la región Piura?.

1.5. Justificación de estudio

Los trabajadores de la salud, prioritariamente los médicos se encuentran constantemente expuestos a casos de COVID-19, ya sean sospechosos o confirmados, volviéndolos vulnerables a adquirir infecciones y enfermedades que pueden afectar su estado mental.

Actualmente, los datos epidemiológicos señalan temas respecto a los problemas de salud mental en los médicos que laboran en nuestro medio, afectando su labor e indisponiéndolos al punto de abandonar el trabajo; por tal motivo , se tiene como finalidad en el presente estudio identificar la relación existente la depresión , ansiedad e insomnio y la exposición al COVID- 19 en los médicos que laboral en los hospitales de Piura, estudio que permitirá a través de sus resultados implementar medidas para apoyarlos psicológicamente.

1.6. Objetivos:

Objetivo general

- Identificar la asociación entre síntomas de depresión, ansiedad e insomnio y la exposición al COVID-19 en los médicos que laboran en los hospitales de la región Piura.

Objetivos específicos

- Evaluar el porcentaje de médicos con síntomas de depresión asociados a la exposición al covid-19.
- Evaluar el porcentaje de médicos que presentan síntomas leves de ansiedad asociados a la exposición al covid-19.
- Evaluar el porcentaje de médicos que presentan signos de ansiedad asociados a la exposición al covid-19.

II. MÉTODOS

2.1. Diseño de Investigación

Estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo.

2.2. Variables y operacionalización

Ver anexo 1

2.3. Población y muestra

En el presente estudio, la población estuvo estructurada por los médicos que laboran en los hospitales de la ciudad de Piura destinados a la atención de pacientes COVID-19 y no COVID-19, en emergencia, los servicios de hospitalización y áreas designadas para observación y manejo de pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19.

- **Criterios de elegibilidad**

Criterios de inclusión

- En los criterios de inclusión integramos a los médicos que se encontraban laborando en los hospitales de Piura en el momento del estudio, que de manera voluntaria decidieron colaborar con el llenado virtual de la encuesta para nuestro estudio.

Criterios de exclusión

- Llenado inconcluso de la encuesta virtual por parte de los médico.
- Médicos que durante el estudio señalaron tener antecedentes psiquiátricos de trastornos como depresión, ansiedad e insomnio con tratamiento farmacológico o terapia psiquiátrico/psicológica en los últimos seis meses

Consentimiento informado

Se les solicitó a todos los participantes completar un consentimiento informado virtual luego de ser informados de propósito del presente estudio, dándoles a conocer que se respetará la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados

Diseño muestral

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio simple de médicos que ejercían en los hospitales de Piura. El tamaño muestra:

N=170

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

Técnicas de análisis estadístico

Estadística descriptiva

Fueron utilizadas frecuencias absolutas y relativas.

Las variables numéricas, adquiridas en las escalas PHQ-9, GAD-7 e ISI, señalaron su distribución asimétrica, empleando a la mediana como medida de tendencia central y de dispersión.

Estadística inferencial

Se empleó la prueba del Chi cuadrado ($\alpha = 0.05.$) para establecer la relación que existe entre variables dependiente e independientes.

Se utilizó la prueba no paramétrica Mann-Whitney-Wilcoxon para establecer la asociación entre variables independientes y el puntaje obtenido en las escalas PHQ-9, GAD-7 e ISI.

Se aplicó la regresión de Poisson (MRP), que permitió identificar la relación entre variables independientes y síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, con cada uno de sus puntajes (PHQ-9 \geq 5),(puntaje GAD-7 \geq 5), (puntaje ISI \geq 8) según sus escalas respectivamente

Validación y confiabilidad del instrumento

El Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)

Instrumento de evaluación que nos permite el tamizaje de síntomas de depresión. Estructurado por 9 ítems con base en 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, con puntuaciones de 0 al 3, con un puntaje general desde los 0 puntos hasta los 27, que determinan la severidad de ésta patología.

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de depresión
0 – 4	Ninguna o mínima
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 19	Moderado severa
20 – 27	Severa

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Es un instrumento de utilidad porque permite encontrar síntomas de ansiedad y la severidad en la que se presenta. En su estructura está formada por 7 ítems para evaluar la sintomatología más frecuente de esta patología, teniendo como fundamento los criterios A y B del DSM-5, con puntuaciones del 0 a 3, que resultara en puntajes entre 0 y 21 que señalarían la severidad de la ansiedad.

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0 – 4	No se aprecia ansiedad
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 21	Severo

Índice de Gravedad del Insomnio (Insomnia Severity Index – ISI)

La utilidad de este instrumento es para evaluar la sintomatología y consecuencia del insomnio, a través de los criterios del DSM-5 y de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. En su organización consta de 7 ítems, que me permiten evaluar la severidad de las dificultades para conciliar el sueño, con puntajes del 0 al 4 otorgando así una puntuación entre los valores de 0 y 28 que indicarán el grado de severidad de ésta patología.

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0 – 4	No se aprecia ansiedad
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 21	Severo

2.5 Método de análisis de datos

Recolección de datos y procedimiento

Se aplicó de manera virtual a través de la plataforma QuesionPro una encuesta que se les otorgó a los médicos que desempeñan su trabajo en los diferentes hospitales de Piura para que fuera completada según las instrucciones indicadas.

La encuesta al ser aperturada presentaba indicaciones específicas para el llenado, motivo del estudio que se estaba realizando y un consentimiento informado, que una vez aceptado permitiría el inicio del llenado de la encuesta.

Aspectos éticos

El presente estudio no afectó a los médicos que colaboraron, ni a los hospitales donde desempeñaban sus labores.

La participación de los médicos, fue de manera voluntaria, con conocimiento de la finalidad del estudio a realizar y llenado de consentimiento informado antes de apertura la encuesta virtual.

Los datos obtenidos serán completamente confidenciales, libertad hacia los participantes si desean acceder información o no concluir colaborando con el estudio realizado.

III. RESULTADOS

Tabla 01: Características de los médicos

	N=170	N	%
edad (en años)	<30	120	71%
	>=30	50	29%
Genero	Masculino	80	47%
	Femenino	90	53%
Estado civil	Soltero	77	45%
	Casado	26	15%
	Conviviente	41	24%
	Otros	26	15%
condición de empleo anterior	Empleado	95	56%
	Desempleado	65	38%
	Realizando internado médico	10	6%
Cambio de residencia por motivo de trabajo	No	120	71%
	Si	50	29%
Carga económica familiar	Si	100	59%
	No	70	41%
Grado académico	médico cirujano	75	44%
	Residente	65	38%
	Especialista	20	12%
	Postgraduado	10	6%
experiencia laboral	<5 años	120	71%
	>=5años	50	29%
Comorbilidades	No	100	59%
	Si	70	41%

En el caso de los médicos encontramos que principalmente son de menos de 30 años con el 71% de los casos, de sexo femenino en el 53%, solteros en el 45% de los casos, con la condición laboral de empleado en el 56%, sin cambio de domicilio por causa del trabajo, ahora, con respecto a la carga familiar está presente en el 59% de los médicos evaluados, con grado de titulados en el 44% de los casos, con menos de 5 años de experiencia 71%, y con comorbilidades en el 41% .

Tabla 02: Características del personal médico con respecto a la infección por coronavirus.

		N	%
Infección propia	No	110	65%
	Si	60	35%
Paciente infectado	No	120	71%
	Si	50	29%
Familiar infectado	No	126	74%
	Si	44	26%
Colega infectado	No	110	65%
	Si	60	35%
Vecino infectado	No	120	71%
	Si	50	29%
Co-residente infectado	No	110	65%
	Si	60	35%
EPP Adecuado	No	120	71%
	Si	50	29%
Tipo de Hospital	no covid	120	71%
	Covid	50	29%
Posición de trabajo	2da línea	110	65%
	1ra línea	60	35%
Área de trabajo	Menor contacto	110	65%
	Alto contacto	60	35%

Para el caso de los médicos, presentan (+) para la enfermedad de coronavirus en el 35% de los casos, presentando dentro de las atenciones a pacientes infectados en el 29% de los casos, y así mismo, conteniendo dentro del hogar, los familiares que han contraído Covid, en el 26% de la muestra, mientras que el 35% presentaron a un colega enfermo para coronavirus, y en el caso de su domicilio, se evidencio vecinos infectados por la enfermedad en el 35% igualmente. En el caso si se brindó el equipo de protección personal adecuado

(EPP), está presente en el 29%, presentando labores en hospitales de segunda línea en el 65% de los casos, con una posición de menor contacto con pacientes positivos para coronavirus en el 35% de los casos.

Tabla 03: Depresión, Ansiedad e Insomnio en médicos.

		N	%
Síntomas de Depresión (PHQ9) Patient Health Questionnaire-9	No presenta 0-4	0	0%
	Leve 5-9	120	71%
	Moderado 10-14	30	18%
	Moderadamente Severo 15-19	20	12%
Síntomas de Ansiedad (GAD7) Generalized Anxiety Disorder-7	No presenta 0-4	0	0%
	Leve 5-9	125	74%
	Moderado 10-14	35	21%
	Severo 15-19	20	12%
Síntomas de Insomnio (ISI) Insomnia Severity Index	No presenta 0-7	0	0%
	Sub clínico 8-14	110	65%
	clínico moderado 15-21	60	35%

Teniendo en cuenta los síntomas de depresión, está presente de forma leve en el 71% de los médicos, y con un nivel moderado en el 18% y moderadamente severo en el 12% respectivamente. En el caso de los síntomas por ansiedad, esta presentes de forma leve en el 74%, moderada en el 21% y severo en el 12%. Finalmente, en los caso de insomnio está presente de manera subclínica en el 65% de los casos y de la forma moderada en el 35% de los médicos.

Tabla 04: Correlación entre características generales del personal médico y respecto a la infección por coronavirus con la severidad de depresión.

síntomas de Depresión (PHQ9) Patient Health Questionnaire-9		Leve		Moderada		Moderadamente severa		P*
		N	%	n	%	n	%	
edad (en años)	<30	100	83%	10	33%	10	50%	0.00
	>=30	20	17%	20	67%	10	50%	
Genero	Masculino	60	50%	15	50%	5	25%	0.11
	Femenino	60	50%	15	50%	15	75%	
Estado civil	Soltero	60	50%	5	16%	12	60%	0.00
	Casado	10	9%	10	33%	6	30%	
	Conviviente	30	25%	10	33%	1	5%	
	Otros	20	16%	5	16%	1	5%	
condición de empleo anterior	Empleado	80	67%	10	30%	5	25%	0.00
	Desempleado	30	25%	20	67%	15	75%	
	Internado	10	1%	0	0%	0	0%	
Cambio de residencia por motivo de trabajo	no	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	si	20	12%	20	12%	10	6%	
Carga económica familiar	si	80	47%	10	6%	10	6%	0.00
	no	40	24%	20	12%	10	6%	
grado académico	médico cirujano	65	38%	5	3%	5	3%	0.00
	residente	40	24%	10	6%	15	9%	
	especialista	10	6%	10	6%	0	0%	
	postgraduado	5	3%	5	3%	0	0%	
experiencia laboral	<5 años	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	>=5años	20	12%	20	12%	10	6%	
Comorbilidades	No	80	47%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	40	24%	20	12%	10	6%	

* Prueba de Fisher

En el caso de las relaciones, encontramos que los pacientes con menos de 30 años presentan en 83 % formas leves, en el caso de los mayores de 30 años se presentan en forma moderada en el 17% estando estadísticamente relacionados. En el caso del género los hombres presentan un nivel de depresión leve 50% y para las mujeres de manera idéntica, estableciéndose una independencia entre las variables. En el caso de los estados civiles, los solteros lideran los porcentajes depresión leve con el 60% de los casos y en el caso de los casados se presentan como una depresión moderada en el 30%, y los convivientes con formas leves en el 25%., y en el caso de otros estados está presente en formas leves en el 16%, mostrando relación estadística entre ellos. Para el caso de las condiciones de empleados, está presente con síntomas leves en el 47% y para el caso de los desempleados presentan formas graves en el 9% y leves en el 18% en el caso que están culminando su internado se presentan en el 6% las formas leves. Estadísticamente presentan relación entre las condiciones del empleo y el nivel de depresión de los médicos. Para el caso de la carga familiar, encontramos síntomas leves en el 47% y en el caso de los que no presentan carga económica está presente solo en el 24%. Ambas variables están relacionadas a las pruebas no paramétricas. Para el caso del grado académico, los médicos cirujanos titulados presentan síntomas leves de depresión en el 38%, y en el caso de los residentes llegan a las formas graves en el 9%, y moderado en el 6%, y en el caso de los especialistas están presentes en forma leve 6% y posgraduados en el 3% respectivamente. Ambas variables esta relacionadas entre sí. Por otra parte, la experiencia laboral enmarca que los médicos, con menos de 5 años, están en el 59% de los pacientes con síntomas leves, y para los que tienen laborando más de 5 años, están presentes en el 12% para síntomas leves y moderados. Estadísticamente ambas variables están relacionadas. Y En el caso de las comorbilidades están presentes en el 24% juntamente con síntomas de depresión leve, y de los que no tienes otras enfermedades en el 47%. Ambas variables están relacionadas entre sí.

Continuación de tabla 04

síntomas de Depresión (PHQ9) Patient		Leve		Moderada		Moderadamente severa		p*
Health Questionnaire-9		N	%	n	%	n	%	
Infección propia	No	90	53%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	30	18%	20	12%	10	6%	
Paciente infectado	No	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	20	12%	20	12%	10	6%	
familiar infectado	No	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	20	12%	20	12%	10	6%	
Colega infectado	No	90	53%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	30	18%	20	12%	10	6%	
vecino infectado	No	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	20	12%	20	12%	10	6%	
Co-residente infectado	No	90	53%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	30	18%	20	12%	10	6%	
EPP Adecuado	No	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	Si	20	12%	20	12%	10	6%	
Tipo de Hospital	no covid	100	59%	10	6%	10	6%	0.00
	Covid	20	12%	20	12%	10	6%	
posición de trabajo	2da línea	90	53%	10	6%	10	6%	0.00
	1era línea	30	18%	20	12%	10	6%	
área de trabajo	menor contacto	90	53%	10	6%	10	6%	0.00
	Alto contacto	30	18%	20	12%	10	6%	

*Prueba de Fisher.

En el caso de los síntomas de depresión leve y con la infección por coronavirus están presentes en el 18% de los casos, y en los casos moderados en el 12% y para los casos de depresión moderada severa 6%. Estando relacionadas ambas variables. En el caso de los médicos que han tenido contacto con pacientes infectados por coronavirus, están presentes en el 12% para síntomas leves y moderados respectivamente, estando

la variable relacionada ante la prueba no paramétrica. En el caso de los médicos que están con familiares infectados están presentes en el 12 % con síntomas leves y moderados respectivamente, estando relacionados entre las variables. Para el caso de los médicos que están con colegas infectados están presentes en el 18 % de los síntomas de depresión leve y 12 % con depresión moderada, estando relacionados entre sí. Para el caso de los vecinos con infección por coronavirus, están presentes en el 12% para síntomas leves y moderados, estando relacionados entre ante la pruebas paramétricas. En el caso de residentes infectados, como compañeros de trabajo, están presentes en el 18% de los casos leves y 12% de los casos moderados. Todo ello está relacionado entre sí. Sobre el uso de equipos de protección personal, con el nivel de depresión, están presentes en el 12% para el nivel leve y moderado, estando relacionados entre sí. Para el caso del centro labora si es un hospital covid o no, están presentes 59% de depresión leve y en el caso 6% de los casos moderados. Para el caso de la posición de trabajo, los médicos que trabajan en 1era línea están presente los casos leves en el 18%, el nivel moderado en el 12% y los casos moderadamente graves en el 6% de los casos. Para el are de trabajo, están presentes en alto contacto en el 18%, con síntomas leves, para los síntomas moderados están presentes en el 12%.

Tabla 05

severidad de síntomas de ansiedad según la escala GAD-7		Leve		Moderada		P
		N	%	n	%	
edad (en años)	<30	95	56%	25	15%	0.01
	>=30	30	18%	20	12%	
Genero	Masculino	60	35%	20	12%	0.67
	Femenino	70	41%	20	12%	
Estado civil	Soltero	60	35%	17	10%	0.00
	Casado	10	6%	16	9%	
	Conviviente	30	18%	11	6%	
condición de empleo anterior	Otros	10	6%	16	9%	0.00
	Empleado	70	41%	25	15%	
	Desempleado	30	18%	35	21%	
Cambio de residencia por motivo de trabajo	Internado	10	6%	0	0%	0.00
	No	100	59%	20	12%	
	Si	20	12%	30	18%	
Carga económica familiar	Si	90	53%	10	6%	0.00
	No	50	29%	20	12%	
grado académico	médico cirujano	70	41%	5	3%	0.00
	residente	55	32%	10	6%	
	especialista	10	6%	10	6%	
experiencia laboral	postgraduado	5	3%	5	3%	0.00
	<5 años	100	59%	20	12%	
Comorbilidades	>=5años	30	18%	20	12%	0.00
	No	90	53%	10	6%	
	Si	50	29%	20	12%	0.00

*Prueba de Fisher.

Con respecto a la seguridad de los síntomas de ansiedad según las escalas gato estos mencionan dos diagnósticos de manera conjunta los síntomas leves y los síntomas moderados para el caso de los médicos cuyas edades están en menos

de los 30 años se presentan en el 56% de los síntomas leves y 15% de los síntomas moderados por otro lado los médicos que tienen más de 30 años están dispuestos en el 18% de los casos leves y 12% los moderados esas están relacionadas estadísticamente entre la prueba no paramétrica por otro lado en caso del género los médicos de sexo masculino representan síntomas leves en el 35% de los casos y síntomas moderados en el 12% de ansiedad asimismo los médicos de sexo femenino están presentes en el 41% de los casos leves y 12% de los casos moderados ambas variables son independientes entre sí ante la prueba no paramétrica por otro lado el estado civil de los médicos especifica que el 35% presenta síntomas leves y el 10% síntomas moderados para los médicos que están casados el 6% presenta síntomas leves y el 9% síntomas moderados en el caso de los médicos que conviven están presentes en el 18% de los síntomas leves y 6% de los síntomas moderados otros estados civiles están presentes en el 6 y 9% respectivamente para síntomas leves y moderados por otro lado la condición de empleado anterior se presentan en el nivel empleado en el 41% de los síntomas leves y 15% de los síntomas moderados en el caso de los médicos que se encuentran desempleados están presentes en el 18% en síntomas leves y 21% en síntomas moderados en los médicos que están haciendo su internado están presentes en el 6% de síntomas leves representando todo ello una estadística significativa entre ambas variables en cuanto al cambio de residencia por motivos de trabajo están presentes en el 12% de síntomas leves y 18% de sientos más moderados estando relacionados entre sí para ambas variables en el caso de la carga económica se presenta de forma de que los síntomas leves están presentes en el 53% y los síntomas moderados en el 6% para aquellos médicos que no tienen carga económica familiar los síntomas leves están presentes en el 29% y en el 12% de los síntomas moderados con respecto al grado académico los médicos cirujanos presentan síntomas leves en el 41% y 3% de los síntomas moderados en el caso de los residentes de medicina el 32% presenta síntomas leves y el 6% síntomas moderados y en el caso de los médicos especialistas se dan el 6% para síntomas leves y moderados respectivamente en el caso de los posgraduados presentan 3% para síntomas leves y moderados estadísticamente estas variables están relacionadas entre sí por otro lado con respecto a la

experiencia laboral encontramos que aquellos me dijo que tienen menos de 5 años de trabajo presenta 59% de síntomas leves y 12% de síntomas moderados en el caso de los médicos que tienen más de 5 años están presentes en el 18% con síntomas leves y 12% con síntomas moderados en el caso de comorbilidades están presentes en el 29% de los casos estableciéndose para síntomas leves y en el caso de los síntomas moderados está presente en el 12% de los casos los que no tienen comorbilidades están presentes en el 53% de los casos con síntomas leves en el caso de los que tienen síntomas moderados está presente en el 6% de los casos estadísticamente entre la prueba no paramétrica están relacionados entre sí.

Continuación de tabla 05

severidad de síntomas de ansiedad según la escala GAD-7		Leve		Moderada		P
		N	%	n	%	
Paciente infectado	No	100	59%	20	12%	0.00
	Si	20	12%	30	18%	
familiar infectado	No	100	59%	20	12%	0.00
	Si	20	12%	30	18%	
Colega infectado	No	95	56%	15	9%	0.00
	Si	30	18%	30	18%	
vecino infectado	No	105	62%	15	9%	0.00
	Si	20	12%	30	18%	
Co-residente infectado	No	90	53%	20	12%	0.00
	Si	30	18%	30	18%	
EPP Adecuado	No	109	64%	11	6%	0.00
	Si	20	12%	30	18%	
Tipo de Hospital	no covid	105	62%	5	3%	0.00
	Covid	25	15%	25	15%	
posición de trabajo	2da línea	95	56%	15	9%	0.00
	1era línea	40	24%	20	12%	
área de trabajo	menor contacto	93	55%	17	10%	0.00
	Alto contacto	31	18%	29	17%	

*Prueba de Fisher.

Para el caso de los médicos que atienden pacientes infectados están presentes los síntomas leves en el 12% y el 18% síntomas moderados estadísticamente está relacionado a la atención de pacientes infectados con los síntomas de ansiedad en el caso de tener familiares infectados está presente en el 12 y 18% para los síntomas leves y moderados respectivamente siendo estadísticamente significativo en el caso de poder trabajar con un colega que está infectado se presenta síntomas de ansiedad en el 18% en los síntomas leves y 18% respectivamente para los síntomas moderados en el caso de presentar en el hogar vecinos que tengan diagnóstico positivos para coronavirus esta se presentan con síntomas de ansiedad leve en el 12% y 18% con síntomas moderados en el caso de trabajar a nivel del hospital con un residente infectado los síntomas están en el 18% para síntomas leves y moderados.

Tabla 06 síntomas de insomnio según la escala ISI

síntomas de insomnio según la escala ISI		Subclínico		clínico moderado		P
		n	%	n	%	
edad (en años)	<30	95	56%	25	15%	0.01
	>=30	40	24%	10	6%	
Genero	Másculino	60	35%	20	12%	0.67
	Femenino	80	47%	10	6%	
Estado civil	Soltero	70	41%	7	4%	0.00
	Casado	26	15%	6	4%	
	Conviviente	40	24%	0	0%	
condición de empleo anterior	Otros	16	9%	5	3%	0.00
	Empleado	95	56%	0	0%	
	Desempleado	60	35%	5	3%	
Cambio de residencia por	Internado	10	6%	0	0%	0.00
	No	100	59%	20	12%	
	Si	20	12%	30	18%	

motivo de trabajo						
Carga económica	Si	90	53%	5	3%	
familiar	No	70	41%	5	3%	0.00
	médico cirujano	75	44%	0	0%	
	Residente	65	38%	5	3%	
grado académico	Especialista	10	6%	5	3%	0.00
	Postgraduado	10	6%	0	0%	
	<5 años	110	65%	5	3%	
experiencia laboral	>=5años	50	29%	5	3%	0.00
	No	95	56%	5	3%	
Comorbilidades	Si	60	35%	10	6%	0.00

*Prueba de Fisher.

En el caso de los médicos que utilizan los equipos de protección personal de manera adecuada se presentan síntomas de ansiedad en el 12% de forma libre y 18% de forma moderada están relacionados entre sí en las variables con respecto al tipo de hospital los pacientes que están abocados atender pacientes con enfermedad de coronavirus presenta una ciudad de 15% leve y 15% moderado respectivamente con respecto a la posición del trabajo los que se encuentran en primera línea presenta síntomas leves en el 24% y síntomas moderados en el 12% estando ambas variables relacionadas entre sí con respecto al área de trabajo el alto contacto con pacientes con coronavirus representa el 18% densidad leve y 17% con ansiedad moderada activamente estando relacionados entre sí ante la prueba no paramétrica.

Continuación de tabla 06

síntomas de insomnio según la escala ISI		Subclínico		clínico moderado		P
		n	%	n	%	
Infección propia	No	100	59%	10	6%	0.00
	Si	40	24%	20	12%	
Paciente infectado	No	100	59%	20	12%	0.00
	Si	30	18%	20	12%	
familiar infectado	No	100	59%	20	12%	0.00
	Si	35	21%	15	9%	
Colega infectado	No	95	56%	15	9%	0.00
	Si	40	24%	20	12%	
vecino infectado	No	105	62%	15	9%	0.00
	Si	20	12%	30	18%	
Co-residente infectado	No	105	62%	5	3%	0.00
	Si	40	24%	20	12%	
EPP Adecuado	No	110	65%	10	6%	0.00
	Si	21	12%	29	17%	
Tipo de Hospital	no covid	110	65%	5	3%	0.00
	Covid	45	26%	10	6%	
posición de trabajo	2da línea	100	59%	5	3%	0.00
	1era línea	50	29%	15	9%	
área de trabajo	menor contacto	93	55%	17	10%	0.00
	Alto contacto	41	24%	19	11%	

*Prueba de Fisher.

En cuanto a los síntomas de insomnio encontramos que la edad en menores de 30 años están presentes a nivel subclínico en el 56% y ya presentan un nivel de insomnio clínico moderado en el 15% esto representa una relación estadística entre la edad y los síntomas de insomnio según las escalas por otra parte con respecto al género las mujeres presentan mayores porcentajes en el 47% con niveles subclínico de insomnio y 6% con niveles clínicos moderados siendo independiente entre sí el género y los síntomas de insomnio en caso del estado

civil los mayores porcentajes oscila entre los médicos solteros en el 41% a nivel subclínico y 4% nivel moderado en el caso de los convivientes 24% nivel subclínico y 0% a nivel clínico moderado estando relacionados entre sí para las pruebas estadísticas en el caso de la condición de empleo anterior los médicos están empleados en el 56% presentando signos subclínicos y en el caso de los pacientes que se encuentran a nivel clínico moderado están presentes en el 3% en el caso de los desempleados estando relacionados entre sí ambas variables con respecto al cambio de residencia por motivo de trabajo están presentes la parte subclínica en el 12% y llegan a niveles moderados en el 18% estando relacionados entre sí para las variables y el análisis no paramétrico entre con respecto a los médicos que tienen carga económica familiar de ellos el 53% presenta signos subclínico de insomnio y 3% presentan niveles moderados para lo cual está relacionado entre sí la carga económica y el nivel de insomnio por otro lado los grados académicos mayor prevalece están presentes en a nivel del médico cirujano general en el 44% con escalas de insomnio subclínicas y los mayores porcentajes oscila entre los residentes y especialistas en el 3% respectivamente ambas variables están relacionadas entre sí a la prueba no paramétrica por otro lado la experiencia profesional establece que en aquellos pacientes que tienen menos de 5 años de experiencia 65% se presenta en universo clínico y el 3% se presenta a nivel de los especialistas con menos de 5 años estando relacionadas ambas variables entre sí y finalmente con respecto a las comorbilidades hay que mencionar de que el 35% presenta comorbilidades y asimismo presenta signos iniciales de insomnio en el caso del nivel moderado está presente en 10 casos que representa el 6% de la muestra seleccionada ambas variables están relacionadas entre sí.

por otro lado las infecciones por coronavirus por parte de los médicos están presentes en el 24% de los signos de insomnio subclínico y en el caso clínico moderado en el 12% estas variables están relacionadas entre sí para el caso en que los médicos tratan a pacientes infectados presentan signos de insomnio subclínico en el 18% y signos de insomnio clínico moderado en el 12% ambas variables están relacionadas entre sí en el caso de tratar familiares infectados está en el 21% a nivel clínico y 9% nivel clínico moderado ambas variables están

relacionadas ante la prueba no paramétrica por otro lado trabajar con colegas infectados está presente de 24% a nivel de insomnio subclínico y 12% a nivel moderado para ello ambas variables están relacionadas entre sí en cuanto a tener a nivel del hogar un vecino que se encuentra infectado está presente en el 12% en el área subclínica y 18% en el nivel moderado ambas variables están relacionadas entre sí ante las pruebas no paramétricas por otro lado a trabajar con residentes infectados el 24% presenta ensayar su clínica y 12% a nivel moderado ambas variables también están relacionadas entre sí en cuanto el equipo de protección personal adecuado el 12% presenta escalas clínicas en el caso de los niveles moderados están presentes en el 17% con respecto al tipo de hospital hay que tener en cuenta que los designados para tratar pacientes con coronavirus están presentes la ansiedad a nivel subclínico en el 26% y 6% a nivel moderado para el caso de la posición del trabajador que se encuentre primera línea se encuentra signo de ansiedad en el 29% y 9% a nivel moderado y con respecto al alto con tacto en el área de trabajo 24% presenta signos clínicos y 11% presenta un nivel moderado estadísticamente ambas variables están relacionadas entre sí estadísticamente.

IV. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la actual pandemia por coronavirus en un trabajo New York y no en el 2020 se evalúa en este caso al personal de salud de un hospital norteamericano en donde se detecta que existe signos de estrés agudo en el 57% de depresión en el 48% y de ansiedad en el 33% de los casos en ese sentido nosotros tenemos que acotar que nosotros bajo los niveles de presión moderado llena hasta el 18% y leve en el 71% por lo cual da un 100% para los casos de depresión es decir que en el 100% de los casos los médicos que trabajan a nivel hospitalario están seriamente afectados en cuanto a los síntomas de ansiedad se presentan de forma leve 74% y de forma moderada en el 21% por lo cual el 100% de ellos también están afectados. Finalmente, sobre los síntomas de insomnio si bien es cierto esto no están presente en el estudio norteamericano pero cabe destacar que nuestro estudio presente su mayor parte niveles clínicos en el 65% de los casos.

Por otro lado en un trabajo de investigación Rossi estableció que el estrés postraumático está presente en el 24% y se presentaban en los médicos síntomas de depresión en el 20% de los casos y con respecto a nuestros resultados encontramos que la depresión leve está en el 71% porque el impacto es mayor en los médicos a nivel de los nosocomios sin embargo en el trabajo de Rossi establece que el insomnio está presente en el 21% de los mismos sin embargo a nivel de lo que nuestro estudio el nivel clínico moderado está presente en un máximo de 35% de los casos por lo cual nuestra población se encuentra severamente afectada asimismo en el trabajo de Erquicia establece que los síntomas de ansiedad están presentes en el 31% y depresión en el 12% a nivel moderado severo sin embargo no son niveles moderados están presentes en el 18% por lo cual nuestros valores son de mayor impacto para los médicos peruanos evaluados.

Así mismo, Alonso establece en su evaluación de 18 instituciones sanitarias a nivel españolas en donde los trastornos mentales en médicos están de forma discapacitantes sin embargo el impacto en la salud como nosotros observamos

están presentes tanto para los síntomas de depresión ansiedad y alteraciones en el sueño.

Urzua realizó una evaluación de los médicos afectados por coronavirus en donde muestran que la depresión está presente en el 65% o 74% afectado por ansiedad y 57% afectado por angustia en ese sentido con respecto a la nivel de depresión si bien es cierto no hay casos que no tenga depresión, pero estamos presentes en el 18% de los casos del nivel moderado y 12% de los casos severos.

Tán en un trabajo a nivel de Singapur, menciona que los pacientes y médicos que sufrieron coronavirus presentan 14% universidad 8.9% de depresión y 7.7% por precaución clínica como estrés postraumático en ese sentido el estrés postraumático hacer una patología nosológica de diferente estudio no se ve relacionado con nuestro estudio pero si la ansiedad y depresión los cuales están en niveles principalmente leves en cuanto la depresión y 71% y leves a nivel de los síntomas ansiedad en el 74% teniendo impacto en el ciclo de sueño-vigilia a nivel de 65% subclínico

Li en la provincia de Whuan establece que los síntomas psicológicos generales presentaron alteraciones donde se estableció insomnio en el 59% de los casos lo cual está muy parecido a los síntomas clínicos del insomnio en el 65% de nuestro trabajo por otro lado se describe también preocuparse por los familiares y personas susceptibles que están propensas por ellos se entiende que las variables entre los síntomas de depresión y ansiedad están relacionados especialmente cuando existe un familiar infectado en el 12% y 18% respectivamente para los trastornos de ansiedad generalizada y en el caso de la depresión los familiares de infectados se encuentra en el 12% para nivel leve inmoderado respectivamente

V. CONCLUSIONES

- Encontramos que 100% de los médicos se encuentran afectados con síntomas de depresión especialmente en el nivel leve el 71% de los casos.
- El 74% de los médicos presentan síntomas de ansiedad leve.
- El 65% de los médicos presenta signos clínicos de insomnio
- El estudio encontró relación entre la exposición por coronavirus y la presencia de síntomas de ansiedad insomnio y depresión

VI. RECOMENDACIONES

- Se deben realizar protocolos de apoyo psicológico y psiquiátrico a Los profesionales de la salud a nivel de los hospitales con atención con coronavirus o no a través de los medios disponibles en el contexto de la pandemia como en el caso de recursos online consejerías virtuales y telesalud.
- Se debe realizar un estudio prospectivo relacionando la evolución de los síntomas relacionados con el perjuicio de las alteraciones mentales y la respuesta conductual del personal médico durante la pandemia.
- Se debe realizar un estudio posterior al brote para determinar la existencia de secuelas impactos posteriores que pueden tener Los profesionales de la salud.
- En futuros trabajos se debe aumentar el tamaño poblacional incluyendo personal YouTube grupos laborales dentro del área de la salud.
- Se debe ampliar con otros estudios con síntomas relacionados a la alteración del bienestar mental, así como el impacto con el cansancio y miedo, estigmatización laboral entre otros.
- Se debe proveer de equipo de protección personal adecuados al personal médico y personal de salud para que se protejan física y mentalmente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
2. Presidente Martín Vizcarra confirma primer caso de coronavirus en el Perú [Internet]. TV Perú. 2020 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.tvperu.gob.pe/noticias/nacionales/presidente-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-el-peru>.
3. PERÚ EP de SESA. Coronavirus: Piura es la región con más casos confirmados en el norte del país [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-piura-es-region-mas-casos-confirmados-el-norte-del-pais-789611.aspx>.
4. Médicos con Covid-19 Positivo (Autoreporte) [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. [Citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>
5. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 23 de marzo de 2020;3(3):e203976.
6. Xiang Y-T, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Psychiatry. 1 de octubre de 2020; 77(10):989.
7. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. COVID-19 y salud mental. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Diciembre de 2020; 13(23):1285-96.
8. Montes-Arcón PS, Campo-Arias A. Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por COVID-19. Duazary. 18 de abril de 2020; 17(3):4-6.

9. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Heal Fórum*. 2020; 1(4):e200397–e200397. doi: 10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397.
10. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*. septiembre de 2020;66:1-8.
11. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 28 de mayo de 2020;3(5):e2010185.
12. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*. noviembre de 2020;155(10):434-40.
13. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. diciembre de 2020;S1888989120301282.
14. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Úrizar A, Zapata Pizarro A, Irarrázaval Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev méd Chile*. agosto de 2020;148(8):1121-7.
15. 1. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*. 18 de agosto de 2020; 173(4):317-20.
16. Li X, Yu H, Bian G, Hu Z, Liu X, Zhou Q, et al. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*. julio de 2020;87:140-1.

17. Editorial: What is depression? 2017;3
18. Köhler CA. Mapping risk factors for depression across the lifespan_ An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 19.
19. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos depresivos. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ta ed. España: Arlington; 2014. p. 155–88.
20. Chamón SL. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. :5.
21. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev méd Chile*. 2019; 147(1):53-60.
22. Crocq M-A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Clinical research*. 2017; 19(2):10.
23. Vallejo J, Bulbena A. Trastornos de angustia. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 148–63.
24. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de ansiedad generalizada. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ta ed. España: Arlington; 2014. p. 222–6.
25. Sadock V, Sadock B. Trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10ma ed. Wolters Kluwer; 2015. p. 624.
26. Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *GMM*. 12 de agosto de 2020;156(4):4607.

27. Salud JP. Abordaje del insomnio en el adulto. 4 de febrero de 2021;9.
28. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*. julio de 2016;8(3):201-9.
29. Ji X, Ivers H, Savard J, LeBlanc M, Morin CM. Residual symptoms after natural remission of insomnia: associations with relapse over 4 years. *Sleep*. 1 de agosto de 2019; 42(8):zsz122.
30. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de insomnio. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ta ed. España: Arlington; 2014. p. 362–8.
31. Fernandez-mendoza J, Rodriguez-muñoz A, Vela-bueno A, Olavarrieta-bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Med*.2012;13(2):207–10. doi: 10.1016/j.sleep.2011.06.019
32. Thatrimontrichai A, Weber DJ, Apisarnthanarak A. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: a systematic review. *Journal of the Formosan Medical Association*. febrero de 2021;S0929664621000450.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	INSTRUMENTO /PROCEDIMIENTOS	ESCALA
Dependiente				
Depresión	-Ninguna o mínima	0-4	Puntaje total obtenido al llenar el Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Un cuestionario útil para el tamizaje de síntomas de depresión y que indica la gravedad del cuadro. Una herramienta de rápido llenado y que puede ser autoaplicada. Consta de 9 ítems, basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, calificados con valores de 0, 1, 2 y 3, de acuerdo a las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. El puntaje total para los 9 ítems varía de 0 a 27, dividiéndose en intervalos que determinan la severidad de los síntomas de depresión.	Ordinal
	-Leve	5-9		
	-Moderada	10-14		
	-Moderadamente severa	15-19		
	-Severa	20-27		
Ansiedad	- No se aprecia	0-4	Puntaje total obtenido al llenar la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Un instrumento de fácil uso para el tamizaje de síntomas de ansiedad, de rápido llenado, y autoaplicable. Consta de 7 ítems, los primeros tres ítems evalúan los criterios A y B del DSM-5, el resto referidos a los criterios del DSM-5 y otras escalas de tamizaje. En general, se evalúan dimensiones como síntomas afectivos (miedo, ansiedad), en las preguntas 1, 5, 6 y 7, síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión), preguntas 2 y 3 y; síntomas somáticos, referido en la pregunta 4. Cada ítem calificado con valores de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. Ofrece un puntaje total de 0 a 21, que determinan según intervalos la severidad de los síntomas de ansiedad.	Ordinal
	- Leve	5-9		
	- Moderada	10-14		
	- Severa	15-21		
Insomnio	-Ausencia de insomnio clínico	0-7	Puntaje total obtenido al llenar el Índice de Gravedad del Insomnio (Insomnia Severity Index – ISI). Un instrumento breve, sencillo y que puede ser autoadministrado. Consta de 7 ítems que capturan los criterios del DSM-5 y de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. Estos ítems evalúan la severidad de las dificultades de inicio del sueño, mantenimiento del sueño y el despertar temprano en la mañana; satisfacción con el sueño	Ordinal
	-Insomnio subclínico	8-14		
	-Insomnio clínico (moderado)	15-21		
		22-28		

-Insomnio clínico
(grave)

actual; interferencia con el funcionamiento diario; notoriedad de la discapacidad atribuida al problema del sueño; y grado de angustia o preocupación causada por el problema del sueño. Cada ítem se clasifica con valores de 0 a 4 y el puntaje total varía de 0 a 28, otorgando un grado de severidad.

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	INSTRUMENTO /PROCEDIMIENTOS	ESCALA
<u>Independientes</u>				
Exposición al COVID-19				
Infección propia	Sí No	¿Ha sido alguna vez diagnosticado con COVID-19?	Llenado de encuesta virtual: diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado) Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica.	Nominal
Paciente infectado	Sí No	¿Maneja pacientes diagnosticados con COVID-19?	Llenado de encuesta virtual: manejo de pacientes con diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado).Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica.	Nominal
Familiar infectado	Sí No	¿Le han diagnosticado COVID-19 a algún familiar?	Llenado de encuesta virtual: presencia de familiar con diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado).Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica.	Nominal
Colega infectado	Sí No	¿Sus colegas han sido diagnosticados con COVID-19?	Llenado de encuesta virtual: presencia de colega de trabajo con diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado).Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica	Nominal
Vecino infectado	Sí No	¿Han sido diagnosticados sus vecinos (personas que viven en la misma comunidad que pueden o no conocerse)?	Llenado de encuesta virtual: presencia de vecinos, conocidos o no con diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado).Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica	Nominal
Co-residente sospechoso	Sí No	¿Hay alguien viviendo con usted con síntomas sospechosos?	Llenado de encuesta virtual: presencia de persona que comparte vivienda con el sujeto de estudio, con diagnóstico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado).Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica	Nominal

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	INSTRUMENTO /PROCEDIMIENTOS	ESCALA
<u>Independientes (continuación)</u>				
Tipo de hospital	-Hospital COVID-19 -Otros hospitales	Lugar donde desempeña su labor medica en la actualidad	Llenado de encuesta virtual: Establecimiento de salud donde labora actualmente. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica. En donde: - <u>Hospital COVID-19:</u> hospitales designados para la atención exclusiva de pacientes con COVID-19: - Hospital Cayetano Heredia - Hospital Santa Rosa - Hospital de Apoyo Sullana - <u>Hospital NO COVID-19(“Otros hospitales”):</u> hospitales que atienden pacientes COVID-19 y no COVID-19	Nominal
Posición de trabajo	Primera línea Segunda línea	¿Trabaja usted en contacto directo con pacientes confirmados de COVID-19 (Primera línea), o es considerado personal de segunda línea?	Llenado de encuesta virtual: Labor médica relacionada al manejo directo de pacientes con diagnostico confirmado por prueba serológica (rápida) o molecular (hisopado) de COVID-19. Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica	Nominal
Área de trabajo	-Alto Contacto COVID-19 -Menor contacto COVID-19	¿En qué área desempeña su labor médica actualmente?	Llenado de encuesta virtual: Departamento médico donde actualmente labora, relacionado al manejo directo de pacientes con diagnostico confirmado o sospechoso de COVID-19. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica. En donde: - <u>Área de alto contacto con pacientes COVID-19:</u> UCI/Cuidados intermedios /Shock trauma, sala de aislamiento COVID-19, equipo de respuesta rápida COVID19, equipo de visita para seguimiento clínico, equipo de levantamiento de cadáveres, tópicos de emergencia (medicina, pediatría, cirugía o ginecoobstetricia). - <u>Área de menor contacto con pacientes COVID-19:</u> hospitalización Medicina y especialidades, Pediatría y especialidades, Ginecología y obstetricia, Cirugía y especialidades	Nominal

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	INSTRUMENTO /PROCEDIMIENTOS	ESCALA
VARIABLES EXTRAÑAS				
Sexo	Masculino Femenino		Llenado de encuesta virtual	Nominal
Edad	20-30 años 31-40 años 41-50 años >50 años	Años cumplidos hasta la fecha del llenado de la Encuesta	Llenado de encuesta virtual: Años cumplidos hasta la fecha del llenado de la encuesta. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica.	Nominal
Estado civil	-Soltero -Conviviente -Casado -Separado o Divorciado -Viudo	Estado civil actual, a la fecha del llenado de la encuesta	Llenado de encuesta virtual: Estado civil actual, a la fecha del llenado de la encuesta. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica.	Nominal
Cambio de Residencia por trabajo	Sí No	¿Ha cambiado de provincia de residencia por motivo de trabajo ? <i>(en los últimos 6 meses)</i>	Llenado de encuesta virtual: Cambio de provincia de residencia en los últimos 6 meses por motivos de trabajo, Se realizará una pregunta concreta de respuesta dicotómica.	Nominal
Condición de empleo anterior	-Empleado -Desempleado -Realizando el internado médico	¿Cuál fue su condición de empleo durante los últimos 6 meses?	Llenado de encuesta virtual: Condición de trabajo durante los últimos 6 meses. Se incluye como condición anterior de trabajo el realizar el internado médico, ya que parte de la población objetivo son médicos que no realizaron SERUMS y que laboran en COVID-19. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica.	Nominal
Carga económica familiar	Sí No	¿Es usted jefe de hogar?	Llenado de encuesta virtual: Condición de carga económica familiar evaluada de acuerdo a si se es jefe de hogar, de cuyos ingresos depende la familia.	Nominal
Grado académico	-Médico cirujano -Residente medico en Proceso -Especialista Medico -Magister o Doctor	Ultimo grado académico obtenido en los últimos 6 meses	Llenado de encuesta virtual: Último grado académico obtenido en los últimos 6 meses, relacionado al nivel de capacitación y especialización en su labor. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica.	Nominal

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	INSTRUMENTO /PROCEDIMIENTOS	ESCALA
<u>Variables extrañas (continuación)</u>				
Experiencia en la labor médica	<5 años 6-10 años 11-20 años >20 años	¿Cuántos años ejerce la labor médica? (Incluyen los años de residentado y/o especialidad médica)	Llenado de encuesta virtual: Años de experiencia de labor médica que incluyen los años de residencia médica o especialidad. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica	Nominal
Comorbilidad de crónicas	Sí No	¿Sufre actualmente alguna de estas enfermedades?	Llenado de encuesta virtual: Presencia de alguna enfermedad crónica diagnosticada. Se realizará una pregunta concreta de respuesta politómica. En donde: - Sí : presenta comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial, enfermedades oncológicas, enfermedades autoinmunes, otros - no : no presenta comorbilidades crónicas	Nominal
Autopercepción de salud mental en relación al COVID-19	-Nada -Poco -Moderadamente -Mucho -Muchísimo	¿Cuánto cree que ha afectado la pandemia a su salud mental?	Llenado de encuesta virtual: autopercepción del efecto que tiene la pandemia sobre la propia salud mental.	Nominal

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas indagan sobre su información general

- Edad: Sexo: Masculino Estado civil: Soltero
 Femenino Conviviente
 Casado
 Separado o divorciado
 Viudo
- ¿Ha cambiado de provincia de residencia por motivo de trabajo ? (en los últimos 6 meses) Sí No
- ¿Cuál fue su condición de empleo durante los últimos 6 meses? Empleado Realizando el internado médico
 Desempleado
- ¿Es usted jefe de hogar? (Su familia depende de sus ingresos) Sí No
- ¿Cuál es su último grado académico obtenido en los últimos 6 meses? Médico cirujano Especialista médico (residentado médico concluido)
 Residente médico en proceso Magister o Doctor
- ¿Sufre actualmente alguna enfermedad crónica? Obesidad Enfermedad autoinmune
 Hipertensión arterial Ninguna enfermedad
 Enfermedad oncológica Otra enfermedad
- ¿Ha sido diagnosticado de alguna patología psiquiátrica en los últimos 6 meses y sigue un tratamiento para este (farmacológico o terapia psicológica)? Depresión Otros
 Ansiedad Ninguna
 Trastornos del sueño

Las siguientes preguntas están relacionadas a su EXPOSICIÓN AL COVID-19

- ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con COVID-19? (Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular) Sí No
- ¿Maneja o ha manejado pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19? Sí No

- (Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)*
- ¿Algún familiar suyo ha sido diagnosticado de COVID-19? Sí No
(Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)
- ¿Algún colega de trabajo suyo ha sido diagnosticado con COVID-19? Sí No
(Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)
- ¿Han sido diagnosticados sus vecinos (personas que viven cercanos a su domicilio, que pueden o no conocerse)? Sí No
(Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular)
- ¿Considera usted que se le ha brindado EPP adecuado para la atención de pacientes COVID-19? Sí No
- ¿En qué lugar desempeña su labor medica actualmente?
- Hospital Cayetano Heredia
 Hospital Santa Rosa
 Hospital de Apoyo Sullana
- ¿En qué área desempeña su labor médica actualmente?
- UCI/ Cuidados intermedios/ Shock trauma
 Sala de aislamiento COVID-19
 Equipo de respuesta rápida
 Medicina y especialidades
- Pediatría
 Ginecología y obstetricia
 Cirugía y especialidades
- ¿Trabaja usted en contacto directo con pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19 (Primera línea), o es considerado personal de segunda línea? Primera línea Segunda línea
- ¿Cuántos años ejerce la labor médica? *(Incluyen los años de residentado y/o especialidad médica)*
- <5 años
 6-10 años 11-20 años
 >20 año

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una “√”)

	Ningún día	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. ¿Pocas ganas o interés de hacer las cosas?	0	1	2	3
2. ¿Sentirse desanimado (a), deprimido (a), triste o sin esperanzas?	0	1	2	3
3. ¿problemas para dormir o mantenerse dormido (a), o dormir demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Sentirse cansado (a) o con poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6. ¿Sentirse mal acerca de sí mismo(a) o sentir que es un (a) fracasado (a) o que ha fallado a sí mismo/a o su familia?	0	1	2	3
7. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar más lento de lo normal? o ¿estar tan inquieto(a) o intranquilo (a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando la muerte?	0	1	2	3

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de depresión
0 – 4	Ninguna o mínima
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 19	Moderado severa
20 - 27	Severa

ANEXO 4

ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿Con que frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? Marque su respuesta con una “√”)

	Ningún día	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. Sentirse nervioso, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

GAD-7 Puntaje)	Severidad de ansiedad
0 – 4	No se aprecia ansiedad
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 21	Severo

ANEXO 5

INDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO (INSOMNIA SEVERITY INDEX - ISI)

(Marque su respuesta con una “√”)

1 Indique la gravedad de su actual problema de sueño	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido	0	1	2	3	4
Se despierta muy temprano y no es capaz de volverse a dormir	0	1	2	3	4
	Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy insatisfecho		
2 ¿Cómo está de satisfecho en la actualidad con su sueño?	0	2		4	
	nada	Un poco	algo	mucho	Muchisimo
3 ¿En qué medida considera que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario (ej. Fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimoetc.)?	0	1	2	3	4
4 ¿En qué medida cree que los demás se dan cuenta de su problema de sueño por lo que afecta a su calidad de vida?	0	1	2	3	4
5 ¿Cuán preocupado está por su actual problema de sueño?	0	1	2	3	4

ISI (Puntaje)	Severidad de insomnio
0 – 7	Ausencia de insomnio clínico
8 – 14	insomnio subclínico
15 – 21	insomnio clínico
22 – 28	insomnio clínico grave

