



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Prevalencia de la ansiedad y depresión durante la
COVID-19 en profesionales de la salud: una revisión
sistemática**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Dominguez Garcia, Rosa Stefany (ORCID: 0000-0002-8514-8922)

Villarreal Sosa, Christie Jeaninne (ORCID: 0000-0002-0126-2999)

ASESOR:

Mgtr. Serpa Barrientos, Antonio (ORCID: 0000-0002-7997-2464)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Desarrollo Organizacional

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria

A nuestros padres por siempre brindarnos el amor, la confianza, el apoyo ante toda situación y también a nosotras por ser un equipo en todo este proceso.

Agradecimiento

A nuestros padres por su confianza, amor y apoyo en todo lo que nos proponemos y al Mgtr. Serpa por su dedicación, exigencia y por confiar en nosotras durante el proceso de investigación.

Índice de Contenido

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y diseño de investigación	16
3.2. Categorías, subcategorías y matriz de categorización	16
3.3. Escenario de estudio	18
3.4. Participantes	19
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.6. Procedimiento	22
3.7. Rigor científico	25
3.8. Métodos de análisis de datos.....	25
3.9. Aspectos éticos.....	25
IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	27
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS	40
ANEXOS.....	47

Índice de tablas

Tabla 1: Resumen de la evolución de la ansiedad	8
Tabla 2: Matriz de categorización apriorística	18
Tabla 3: Instrumento PRISMA	22
Tabla 4: Calidad metodológica.....	24
Tabla 5: Bitácora de los artículos seleccionados para la sistematización.....	28
Tabla 6: Características generales de los estudios: buscadores y cuartiles	30
Tabla 7: Características generales de los estudios: año y diseño de investigación	31
Tabla 8: Características generales de los estudios: población, continentes y países	32
Tabla 9: Características generales de los estudios: Idioma	33
Tabla 10: Prevalencia de los estudios.....	33
Tabla 11: Instrumentos empleados en cada estudio	34

Índice de figuras

Figura 1	Flujograma de procedimiento para la construcción de la investigación	19
Figura 2	Flujograma de selección en la revisión sistemática	23

Resumen

El objetivo general de la investigación fue conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud. El presente estudio es una investigación teórica de tipo revisión sistemática; utilizando el método cualitativo, con un diseño no experimental y de corte transversal. Se conglomeraron 28 artículos para la revisión bibliográfica, seleccionando siete estudios, bajo los criterios de inclusión, exclusión y calidad metodológica, para la sistematización que corresponden al periodo del 2020 al 2021. En los resultados se logró sistematizar la prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud; se demostró que la prevalencia de los trastornos antes de la COVID-19 era del 14.6% al 20% en ansiedad y del 4% al 7% en depresión. Mientras que en la actualidad se evidencia que la ansiedad se muestra desde el 13% al 78.9% y la depresión del 10.8% al 64.7%. A partir de estas afirmaciones se concluye que, se logró evidenciar el aumento de la prevalencia durante la COVID-19 en la población de estudiada; además, las variables sociodemográficas y laborales tienen una mayor influencia en ambos trastornos y el desempeño laboral que se espere en los profesionales de la salud no será el adecuado mientras tiendan a padecer los trastornos de ansiedad y depresión.

Palabras clave: ansiedad, depresión, COVID-19 y profesionales de la salud

Abstract

The general objective of the research was to determine the prevalence of anxiety and depression during COVID-19 in health professionals. The present study is a theoretical research of systematic review type; using the qualitative method, with a non-experimental and cross-sectional design.

Twenty-eight articles were conglomerated for the literature review, selecting seven studies, under the criteria of inclusion, exclusion and methodological quality, for the systematization corresponding to the period from 2020 to 2021. In the results, it was possible to systematize the prevalence of anxiety and depression during COVID-19 in health professionals; it was shown that the prevalence of the disorders before COVID-19 was from 14.6% to 20% in anxiety and from 4% to 7% in depression. While at present it is evidenced that anxiety is shown from 13% to 78.9% and depression from 10.8% to 64.7%. From these statements it is concluded that, it was possible to evidence the increase in prevalence during COVID-19 in the studied population; in addition, sociodemographic and labor variables have a greater influence on both disorders and the work performance expected in health professionals will not be adequate as long as they tend to suffer from anxiety and depression disorders.

Keywords: anxiety, depression, COVID-19 and health care professionals

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se está atravesando una crisis sanitaria debido al brote de la COVID-19, en consecuencia, a ello, se evidenció un colapso en el sistema de salud a nivel global, esto afectó a toda la población en especial a los profesionales de la salud de primera línea como médicos, enfermeras, etc. A causa de esta situación, se hallaron un sin fin de consecuencias que hoy en día se siguen investigando, entre ellas se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión. La organización mundial de la salud (2020) debido a esta situación optó por incrementar globalmente la inversión en el sector salud mental. Ya que, en las estadísticas se reflejaban que el 60% de los países a nivel mundial indicaron que se alteró este sistema, afectando así en un 72% a los niños(as) y adolescentes, 70% a los adultos y un 61% a mujeres en servicios prenatales y postnatales. Además, el 75% señalaron un aumento en los trastornos de ansiedad y depresión en los lugares de trabajo, especialmente en el sector salud debido a la demanda de actividades y situaciones de afrontamiento a los que están expuestos.

Para sustentar ello, Gómez et al. (2015) realizaron un estudio de la ansiedad y depresión en los profesionales sanitarios en Europa, se encontró que el nivel de rasgos de ansiedad en los profesionales de la salud es del 14.6% al 20% y del 4% al 7% de depresión. En cambio, Virto et al. (2020) mencionan en diversas investigaciones internacionales como en Wuhan se pudo describir que el 50.4% del personal de salud presentaron síntomas de depresión y ansiedad. De igual importancia, Gündoğmuş et al. (2021) en su estudio realizado en Turquía refieren que en el primer pico de COVID-19 el 41.6% del personal de salud presentó síntomas ansiedad mientras que en el segundo pico fue el 35.9%, así mismo el 63.8% en el primer pico mantuvo síntomas de depresión y en el segundo pico un 48.3%. Por otro lado, en América García et al. (2014) manifiestan que el 21.5% de la población presenta depresión en un nivel leve y el 28.5% ansiedad, reflejando así al igual que en Europa y Asia una prevalencia e incremento notable en ambos trastornos debido a la pandemia. En consecuencia, a raíz del colapso en el sistema de salud también se han realizado investigaciones en Perú, Virto et al. (2020) mencionan que el personal de salud peruano tiene hasta un 45% de posibilidad de

sufrir estos trastornos, siendo el 30.8% ansiedad y el 41.8% depresión; adicional a ello se refleja que el 78% de los profesionales de la salud a quienes se le realizó el estudio se encontraban en contacto directo con pacientes diagnosticados de COVID-19.

Además, para conceptualizar García et al. (2014) refieren que la ansiedad está caracterizada por ser la respuesta fisiológica y emocional ante una situación asimilada por la persona como peligrosa. También, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V, 2013) menciona que la ansiedad genera una respuesta precipitada ante una situación de amenaza que produce miedo o desesperación, haciendo que la persona tenga alteraciones emocionales que causan respuestas fisiológicas y finalmente alteran la conducta. Por otro lado, Miranda y Murguía (2020) alegan que la depresión es un trastorno que afecta al estado emocional de la persona de una forma pasajera o permanente, suele tener por características los pensamientos de soledad, culpa que provoca en la persona la incapacidad de disfrutar los momentos de su vida cotidiana. Asimismo, La organización panamericana de la salud (2017) refiere que la depresión se caracteriza por la tristeza constante, sentimientos de culpabilidad, trastornos del sueño, falta de apetito, entre otros. En consecuencia, Huarcaya (2020) considera que la población que esté expuesta a la COVID-19, sea un paciente o los profesionales de la salud desarrollan las características de ambos trastornos, entre ellas miedo, angustia, preocupación constante, ataques de ansiedad y soledad; también indica que en el personal de salud esto no solo afecta a su desarrollo laboral, sino que en otras áreas de la vida cotidiana.

Por otro lado, es importante justificar la prevalencia de la ansiedad y depresión en profesionales de la salud, puesto que hay investigaciones en diferentes contextos donde ambos trastornos se han visto con mayor presencia en los profesionales de este ámbito. Sin embargo, se pudo identificar que hay diversas investigaciones sobre ambos trastornos los cuales poseen otro tipo de metodología, por lo cual existe una carencia de investigaciones bajo la metodología de revisión sistemática de ambas variables en conjunto, el cual nos permite conglomerar las conclusiones a las que se estará llegando y la prevalencia con la que se viene

reportando dichos trastornos. Esta investigación, se realiza con el fin de poder sistematizar las investigaciones previas de ansiedad y depresión en profesionales de la salud durante la COVID-19, para así poder determinar la prevalencia de ambos trastornos. Así mismo, describir las consecuencias en el desempeño laboral de la ansiedad y depresión en los profesionales de la salud, el cual permitirá a futuro fortalecer los planes de intervención que se vienen ejecutando en la población objetivo.

En base a todo lo argumentado se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en los profesionales de la salud?. En tal sentido, el objetivo principal de esta investigación fue conocer la prevalencia que traen consigo la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de salud. Al mismo tiempo, los objetivos específicos fueron identificar la base de datos y la clasificación correspondiente de cada estudio empleado para la sistematización; precisar el periodo de publicación y el diseño de investigación; determinar las características generales de los estudios: población, continentes y países; identificar el idioma de mayor uso empleados en los estudios; y establecer los instrumentos de mayor empleabilidad en los artículos seleccionados, para poder así tener un conocimiento mucho más a fondo de ambos trastornos bajo una revisión sistemática.

II. MARCO TEÓRICO

En la investigación se realizó una minuciosa búsqueda de estudios relacionados con la prevalencia de la ansiedad y depresión en los profesionales de la salud con la misma metodología que será desarrollada, revisión sistemática. Realizando la búsqueda en fuentes electrónicas confiables como *Scielo*, *EBSCOhost*, *Dialnet*, *Proquest* y *Scopus*; con el objetivo de iniciar la indagación, se utilizaron las palabras clave divididas en dos categorías: (a) constructo (ansiedad, depresión, COVID-19) y (b) población (profesionales de la salud). En base a ello, se evidenció que existe una carencia de antecedentes que sólo aborden el tema ansiedad y depresión en la población estudiada. Aunque, se identifica que existen mayores investigaciones con los trastornos comunes, es decir, estudios que se realizan en global donde se encuentren incluidos. Sin embargo, no han sido de consideración ya que en un futuro podrían afectar el resultado general de la investigación.

Es así como, se consideró artículos de revistas y estudios empíricos previos al periodo de la COVID-19 que aportarán en un futuro al desarrollo de la investigación. A nivel internacional Gómez, Ballester, Gil y Abizanda (2015), realizaron un estudio de ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos, con un total de 117 participantes que fueron profesionales de la salud del hospital de la comunidad valenciana (España). Los análisis descriptivos muestran que del 14.6% al 20% presentan síntomas de ansiedad, mientras que del 4% al 7% muestran síntomas de depresión. Los análisis diferenciales, muestran disparidad en función del género en ansiedad y en función del puesto laboral en depresión; mientras que la edad y la experiencia mostraron relación con ambos trastornos. Los resultados del análisis de regresión de la presencia de los síntomas más importantes para ambos trastornos, muestran que trabajar a diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales. En conclusión, se ha tratado de conocer las variables sociodemográficas y laborales que tienen una mayor influencia en las variables evaluadas, por un lado, el puesto laboral se asocia como predictor de primer lugar y por otro el género, indica que el hecho de ser mujer predice una mayor posibilidad

de presentar problemas de ansiedad; por último, la experiencia en el servicio de medicina intensiva predice el riesgo de presentar síntomas de depresión, mostrando que las personas mayores con más experiencia en el puesto son más vulnerables a presentar elevados niveles de depresión.

García, Maldonado y Ramírez (2014) en su estudio estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México, tuvo un enfoque cuantitativo identificado como descriptivo correlacional, se utilizó una muestra de 130 empleados en la recolección de los datos y se utilizó la escala DASS-21. Los resultados evidenciaron que el 21.5% presenta cierto grado de depresión, que no es a nivel severo, el 28.5% presenta ansiedad y de este el 4.6% la manifestó en un rango severo. Se concluyó, que los estados afectivos emocionales se identificaron en un rango normal y no refleja disparidad en cuanto al género, además, se encontraron que las correlaciones fuertes se dieron entre la depresión y el estrés.

En la actualidad, la ansiedad y depresión son dos trastornos que están afectando a toda la población sobre todo a los profesionales de la salud que se encuentran en primera línea, debido a ello es relevante el conocerlos desde sus inicios:

La ansiedad es un estado de alarma producido en un momento en el que el ser humano siente una situación amenazante que le genera miedo y temor (Rojas, 2014). Por otro lado, es una condición emocional displacentera causada a partir de un evento amenazante o peligroso que puede venir acompañada de cambios físicos y cognitivos (López et al., 2018). La ansiedad se desarrolla de manera evolutiva y se manifiesta mediante una respuesta emocional, corporal o fisiológica; se activa ante una situación que la persona asume como riesgosa (Díaz, 2019).

Este término viene siendo investigado desde años atrás, en el siglo XX empieza el interés por la ansiedad dentro del ámbito de la psicología, que la consideran una respuesta emocional. Por lo cual, a partir del año 1920 se incorpora la ansiedad y es abordada en distintos ámbitos, debido a ello la real academia española (1920)

da a conocer que dicho trastorno, es una sensación constante en el ser humano que genera una emoción compleja y desagradable que se manifiesta durante una situación que la persona percibe como peligrosa. Mowrer (1939) da a conocer que la ansiedad no siempre está ligada al peligro que produce una situación en concreto, sino que puede manifestarse de manera irracional ante situaciones donde no hay peligro. Por otro lado, Malmö (1957) empezó a inferir la ansiedad como una alta excitación, debido a la exposición de un estímulo excitante por un tiempo prolongado, que podría generar una incapacidad de controlar dicha excitación. Wolpe (1958) describió la ansiedad como un estado que se puede acondicionar a distintas situaciones en el ambiente, generando que la persona esté continuamente ansiosa y sin ninguna causa que los justifique (Sierra et al., 2003).

Por consiguiente, en la década de los sesenta Lang (1968) propuso la teoría tridimensional acerca de la ansiedad, donde indica que las emociones se podían manifestar de manera cognitiva, fisiológica y motora. En la misma década de los sesenta se empieza a tener consciencia de la relación entre la ansiedad y la enfermedad, dando a conocer que la ansiedad influye sobre la salud del ser humano y que contribuye al aumento de patologías o trastornos. Por lo cual, Freud (1964) introduce la palabra ansiedad en la psicopatología y define dicho trastorno como un resultado de la impresión consciente o inconsciente de parte del ser humano ante una situación de peligro. A finales de la década de los sesenta, Franks (1969) da a conocer a la ansiedad como un constructo multidimensional los cuales están compuestos por el área cognitiva, motora y fisiológica (Sierra et al., 2003).

Por otro lado, Freud (1971) establece tres teorías acerca de la ansiedad: la ansiedad normal, la cual aparece entre la relación del yo y el exterior debido a que se muestra como un aviso para el ser humano, es decir la ansiedad normal avisa del peligro que se puede presentar en el ambiente. La ansiedad neurótica, es aquella donde el yo trata de satisfacer al ello, pero dichas exigencias generan una situación de amenaza y el ser humano tiene el temor de que el yo, no tenga control sobre el ello. La ansiedad moral, es aquella donde el súper yo pone en una situación de amenaza al ser humano, debido a que el yo puede perder el control sobre sus

impulsos. Por otro lado, Epstein (1972) empieza a considerar la ansiedad como parte de una situación emocional que ocurre a partir de un acontecimiento donde la persona percibe una amenaza. Por otro lado, Wolpe (1979) propuso un concepto operacional en base a la psicopatología experimental y define la ansiedad como la respuesta automática después de presentarse una situación o estímulo que provoque miedo en el individuo (Siabato et al., 2013).

Así mismo, en los años ochenta Lewis (1980) refiere que la ansiedad se produce mediante una amenaza o peligro inmediato, generando miedo en la persona que lo lleva a manifestar una emoción desapacible. Además, Spielberg en el mismo año da a conocer que la ansiedad es producida por una situación exterior, que el ser humano la considera como peligrosa o amenazante generando una respuesta emocional irritante. Rachman (1984) propone que dentro de la psicopatología actual la ansiedad manifiesta una respuesta condicionada, anticipatoria y de manera funcional ante una situación de amenaza. Los psicólogos Husain y Maser (1985) dan a conocer que este trastorno era llamado “neurosis de ansiedad” que se manifiesta mediante crisis excesivas, las cuales llegan al pánico y que traen consigo síntomas somáticos. Del mismo modo, confirman que el periodo de los años ochenta pasa a ser llamado la década de la ansiedad, donde empieza a tomar lugar prioritario y perdura hasta la actualidad (Sierra et al., 2003).

Por otro lado, Spielberger (1972) da a conocer que es importante que la ansiedad sea definida correctamente, por lo que se debe tener en cuenta la diferencia que hay entre la ansiedad como un estado emocional y la ansiedad como parte de la personalidad. Por consiguiente, define este trastorno como un estado emocional rápido, el cual es modificable dependiendo del tiempo, se caracteriza por sentimientos de tensión y pensamientos de preocupación junto a respuestas fisiológicas (Ries et al., 2012). Así mismo, Spielberger (1975) refiere que la ansiedad es una respuesta emocional irritante que es producida por una situación que se presenta de manera externa y la persona la reconoce como amenazante. Además, da a conocer su teoría ansiedad rasgo (AR) que es la diferencia de las respuestas emocionales dependiendo de cada persona ante una situación de amenaza y la teoría ansiedad estado (AE) que es una respuesta emocional breve

del ser humano, que se manifiesta ante situaciones de tensión generando un incremento en el funcionamiento del sistema nervioso (Siabato et al., 2013).

Tabla 1

Resumen de la evolución de la ansiedad

Autor	Año	Aporte a la Ansiedad
La Real Academia Española	1920	La ansiedad es una sensación constante en el ser humano que genera una emoción compleja y desagradable que se manifiesta durante una situación en el cual la persona se siente en peligro.
Mowrer	1939	La ansiedad no siempre está ligada al peligro que produce una situación en concreto, sino que puede manifestarse de manera irracional ante situaciones donde no hay peligro
Malmo	1957	Empezó a inferir la ansiedad como una alta excitación, debido a la exposición de un estímulo excitante por un tiempo prolongado, que podría generar una incapacidad de controlar dicha excitación.
Wolpe	1958	Describió la ansiedad como un estado que se puede acondicionar a distintas situaciones en el ambiente, generando que la persona esté continuamente ansiosa y sin ninguna causa que los justifique
Lang	1968	Propuso la teoría tridimensional acerca de la ansiedad, en la cual las emociones se podían manifestar de manera cognitiva, fisiológica y motora
Freud	1964	Introduce la palabra ansiedad en la psicopatología y define dicho trastorno como un resultado de la impresión consciente o inconsciente de parte del ser humano ante una situación de peligro.
Franks	1969	Da a conocer a la ansiedad como un constructo multidimensional los cuales están compuestos por el área cognitiva, motora y fisiológica
Freud	1971	Establece tres teorías acerca de la ansiedad: ansiedad normal, ansiedad neurótica y ansiedad moral.
Spielberger	1972	Define la ansiedad como un estado emocional rápido, el cual es modificable dependiendo del tiempo, se caracteriza por sentimientos de tensión y pensamientos de preocupación junto a respuestas fisiológicas

Spielberger	1975	La ansiedad es una respuesta emocional irritante que es producida por una situación que se presenta de manera externa y la persona la reconoce como amenazante. Además, da a conocer su teoría Ansiedad Rasgo (AR) y Ansiedad Estado (AE).
Wolpe	1979	Propuso un concepto operacional en base a la psicopatología experimental y define la ansiedad como la respuesta automática después de presentarse una situación o estímulo que provoque miedo en el individuo.
Lewis	1980	Lewis en 1980 refiere que la ansiedad se produce mediante una amenaza o peligro inmediato generando miedo en la persona la cual lo lleva a manifestar una emoción desapacible.
Spielberg	1980	Da a conocer que la ansiedad es producida por una situación exterior, la cual el ser humano la considera como peligrosa o amenazante generando una respuesta emocional irritante.
Rachman	1984	Propone que dentro de la psicopatología actual la ansiedad manifiesta una respuesta condicionada, anticipatoria y de manera funcional ante una situación de amenaza.
Husain y Maser	1985	Dan a conocer que este trastorno era llamado “neurosis de ansiedad” que se manifiesta mediante crisis excesivas, las cuales llegan al pánico y que traen consigo síntomas somáticos. Del mismo modo, confirman que en los años ochenta la ansiedad pasa a ser llamada la década de la ansiedad, es ahí donde empieza a tomar lugar prioritario la cual perdura hasta la actualidad.

Nota. Elaboración realizada por los investigadores.

La ansiedad se puede estudiar desde los diferentes enfoques de la psicología, por ello, es fundamental recordar cada uno. En el enfoque psicoanalítico se sostiene que la ansiedad es un estado netamente mental del ser humano, así mismo menciona que este trastorno es un estado irritante en el que se presentan fenómenos como temor, sentimientos de desesperación y respuestas fisiológicas. Por consiguiente, Freud (1971) da a conocer sus teorías acerca de este: la ansiedad real, que se manifiesta durante la relación del yo y el mundo exterior. La ansiedad neurótica, sucede cuando el yo quiere satisfacer al ello, pero el satisfacer esas necesidades van a hacer que el ser humano se sienta en peligro y que el yo no pueda tener un control del ello. Por otro lado, en el enfoque conductual se sostiene

que la ansiedad es definida como un impulso provocado por la misma conducta del organismo. Además, Hull (1952) desde la perspectiva conductual refiere que la ansiedad es un impulso motivacional, el cual va a ser responsable de la capacidad que tiene el ser humano para poder responder a un estímulo determinado. Por otra parte, la aportación que nos brinda el enfoque cognitivo acerca de la ansiedad es que este enfoque ha buscado desafiar el modelo estímulo-respuesta que antes había sido empleado para dar a conocer dicho trastorno, debido a ello los procesos cognitivos se manifiestan cuando el ser humano reconoce una señal de peligro y la respuesta de ansiedad va a depender de cómo percibe el ser humano la situación, ello lo va a llevar a evaluar y valorar las implicaciones debido a que, si el resultado de la evaluación que genere es de peligro, es ahí donde la respuesta de ansiedad va a ser modulada por otros procesos cognitivos (Sierra et al., 2003).

También, es fundamental conocer los síntomas de este trastorno, los cuales se manifiestan mediante una respuesta física presentando dificultad para respirar, sudoración excesiva, sequedad en la boca, taquicardia, dolor estomacal, opresión en el pecho entre otros. Así mismo, la ansiedad se exterioriza mediante respuestas conductuales como irritabilidad, estado de alerta constante, morderse las uñas, temblores, etc. Además, las respuestas cognitivas son el miedo, pensamientos negativos, preocupaciones constantes, actitudes pesimistas, entre otros (Rojas, 2014). Por ello, es de suma importancia conocer el criterio diagnóstico de la ansiedad, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales refiere que los criterios diagnósticos de la ansiedad son presentar miedo intenso, ataques de pánico, preocupación excesiva los cuales también tienen una respuesta fisiológica la cual se presenta mediante palpitations, sudoración, temblores, malestares estomacales, escalofríos, sensaciones de ahogo, entre otros (DSM V, 2013). Así mismo, la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento dan a conocer que los criterios diagnósticos de la ansiedad son manifestar ataques de pánico, que están asociados con una situación u objeto en específico, así mismo la ansiedad se presenta mediante palpitations, aumento del ritmo cardíaco, dificultades para respirar, náuseas, dolor de pecho, sensaciones de mareo entre otros (CIE 10, 2013).

Por consiguiente, la ansiedad va tener como consecuencia sentimientos de desdicha, irritabilidad constante ante alguna situación, alteraciones del sueño, disminución en los lazos afectivos de pareja y en las relaciones interpersonales (Báez, 2002). Así mismo, las personas que padecen ansiedad pueden tener inestabilidad emocional, consecuencias en su organismo, pensamientos negativos constantes, tienden aislarse socialmente, falta de concentración en sus actividades diarias e inquietud ante situaciones inesperadas (Baran, 2018).

Por otra parte, uno de los trastornos con mayor prevalencia y de los cuales se ha tenido consecuencias graves a nivel mundial es la depresión (p.ej., OMS, Miranda y Murguía). La real academia española (2021) lo define como una agrupación de síntomas que se evidencian al mismo tiempo por la tristeza insondable y la inadecuada habilidad de los procesos mentales. También, es una enfermedad que altera ciertos indicadores biológicos que se presentan y tiende a crear un desequilibrio emocional que se refleja a través de respuestas fisiológicas como alteraciones en el apetito, culpabilidad, dificultad para tomar decisiones siendo evidenciado por los demás (Román, 2017). Además, se determina como la afectación del estado anímico de la persona, también la pérdida de interés y el impedimento de disfrutar las actividades. Esto refiere que la persona que lo padezca compartirá y realizará actividades, sin embargo, no tendrá el interés ni la voluntad para ejecutarlas (Retamal, 1998).

Esta definición actual, se ha ido adaptando con el pasar de los años, por ello es relevante conocer el nacimiento de este término y como se fue desarrollando. La depresión como palabra aparece en la lengua inglesa a partir del siglo XVII, usualmente en este periodo se asociaban los términos depresión y melancolía. Blackmore (1725) redactó el libro “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía” y luego Whytt (1764) relaciona la depresión con el bajo espíritu y la melancolía (Jackson, 1986). Posterior a ello, a finales del siglo XIX todavía era equivalente la depresión con melancolía, hasta que Kraepelin y Leonhard (1893) asocian todos los síndromes provenientes de la depresión y los denomina psicosis maniaco depresivas, para luego clasificarlas en unipolares depresivos y bipolares. Por consiguiente, Freud y Abraham (1980) aproximadamente realizaron un aporte

significativo ya que son los primeros en estructurar un modelo psicológico para comprender, predecir y explicar lo que hoy en día se conoce como trastornos depresivos. Abraham (1951) realizó un estudio para incluir a los síntomas depresivos dentro de las estructuras planteadas por el psicoanálisis (consciente, subconsciente e inconsciente), esto utilizando los mecanismos de proyección y represión (Jackson, 1986).

Por otro lado, Freud menciona que la depresión puede causar diferentes tipos de enfermedades que repercuten en el sistema nervioso y también en el desarrollo de los órganos haciendo que la persona acorte sus años de vida (Ezquiaga et al., 2011). Sin embargo, Spitzer y Wilson (1982) mencionan que la definición de esta enfermedad está forjada por el hombre, ya que no hay una sola manera de conceptualizarla, sino que a través de la clasificación de la sintomatología se podrá pensar y definir cada uno de los tipos de depresión (Korman y Sarudiansky, 2011).

Después de esto se fueron postulando diferentes teorías que buscan explicar este trastorno para que en el futuro se pueda brindar un tratamiento eficaz. Beck (2005) realiza un modelo bajo la teoría unificada de la personalidad y lo relaciona desde la perspectiva de la evolución del ser humano y su proceso de cognición. Él indica que la depresión está conformada por acciones entre los procesos cognitivos, conductuales y afectivos; el factor más relevante dentro de este son los constructos negativos y erróneos. También postula tres conceptos básicos, el primero es la triada cognitiva basada en la visión negativa de la misma persona, entender sus experiencias bajo una perspectiva de rechazo y la proyección de un futuro poco favorable; la segunda son los esquemas cognitivos afectados por situaciones que producen ansiedad y angustia; el último es el proceso errado de la información, dentro de este se puede incluir la abstracción selectiva, catastrofismo, pensamiento absolutista, etc. Además, refiere que posee dos componentes: el conductual que se enfoca en las actividades programadas, el entrenamiento de cada acción a realizar y el ejercicio asertivo; el cognitivo se basa en la identificación de los pensamientos automáticos para transformar el constructo negativo, del mismo modo el análisis de los pensamientos de las personas que lo padecen y la modificación de hipótesis negativas. También se realiza una búsqueda de

soluciones frente a cada proyección o perspectiva de rechazo (Beck, 2005).

Al pasar los años, se fue desglosando la clasificación correspondiente en cuanto al trastorno clínico, síndrome y síntoma según lo padezcan, para poder identificarlos y brindar un diagnóstico concreto se tuvo que cuantificar la frecuencia y la continuidad de los síntomas presentados. Entonces para poder tener un diagnóstico concreto lo más adecuado es consultar tanto el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM y el manual de codificación CIE (Vásquez et al., 2005). Por otro lado, ambos manuales nos indican que la sintomatología presentada por este trastorno es la tristeza patológica, sentimientos de culpa y una tristeza que se diferencia de la normal, es decir, la persona presenta esta tristeza sin necesidad de tener algún motivo o sin enfrentar alguna situación que la justifique, esta puede ser evidente o no ante los demás. También es tener la visión negativa de sí mismos y del mundo, manteniendo una desesperanza ante cualquier aspecto de la vida misma; se presenta la astenia y la anergia, que es la fatiga o agotamiento general que impide realizar actividades en condiciones que normalmente se podrían ejercer (Álvarez et al., 2019). Además, existen criterios diagnósticos para detectar este trastorno los cuales son tener un estado de ánimo bajo la mayor parte del tiempo, se muestra una disminución del placer o interés en las actividades cotidianas, pérdida de peso, hipersomnia y sentimientos de culpabilidad e inutilidad. Esta sintomatología causa molestias significativas a nivel social, laboral y en otras áreas de la vida. Para cumplir con el criterio diagnóstico de este trastorno al menos se debe padecer de cinco a más síntomas y en un periodo de dos semanas a más. Sin embargo, existe la posibilidad de presentar menos síntomas y de igual forma tener un diagnóstico de este trastorno (DSM V, 2013).

Por consiguiente, se identifica que ambos trastornos ejercen consecuencias en el ámbito laboral, para conocer más sobre ello se realizó la búsqueda y se identificó lo siguiente.

La ansiedad tiene consecuencias perjudiciales en el ámbito laboral, ya que la persona que presente este trastorno va a verse afectada en su bienestar emocional

debido a que no va a poder controlar sus emociones y su salud mental va a ser deteriorada. Por otro lado, el nivel de productividad del trabajador va a disminuir, ya que no va a tener el mismo desempeño en sus actividades diarias. También la interacción con su ámbito social se verá perjudicada, puesto que no va a mantener el mismo interés en relacionarse con su entorno tanto en el ámbito familiar como en laboral (Bogiaizian, 2015). Así mismo, los trabajadores que presentan ansiedad pueden presentar limitaciones en el ámbito laboral, debido a que hay una disminución de participación en sus jornadas laborales, afectación en el desarrollo de su carrera ya que no va a tener el mismo desempeño laboral que tenía antes de presentar ansiedad, los trabajadores pueden llegar a ser despedidos debido que no muestran el mismo desempeño laboral (Arcia et al., 2016).

Además, Román (2017) indica que algunas consecuencias producto del trastorno de depresión, es la disminución notable en las relaciones interpersonales, ya que se pierde el interés y no se disfruta compartir con los demás, por ello la persona prefiere mantenerse alejado(a) de su entorno frecuente. También existe un deterioro laboral, puesto que la persona no se va a desempeñar como normalmente lo hacía debido a todos los síntomas que presenta. Un ejemplo claro sería la alteración de sueño, esto trae como consecuencia que su nivel de atención y concentración se vean afectados por ende no se va a desarrollar de la manera esperada para tal puesto. Del mismo modo, los empleados que padecen de depresión son más vulnerables a las faltas recurrentes en el trabajo y una disminución notable en la productividad. Esto se refleja en las dificultades para tomar decisiones, ejecutar acciones diarias en el puesto, la disminución de energías y el enfoque negativo constante (Ochoa, 2008).

Por otro lado, Pérez (2006) refiere que los médicos que laboren en un hospital tienen una prevalencia del 12.8% al 47.5% de estos trastornos y se incrementa al encontrarse en situaciones traumáticas, recordando así que la depresión afecta no solo a factores psicológicos sino también biológico por ejemplo cansancio físico, emocional, también irritabilidad, falta de atención a los detalles; más aún cuando en el servicio brindado se enfrentan a fallecimientos. Por lo tanto, el desempeño y la calidad laboral que se espere en los profesionales de la salud no será el

adecuado, trayendo consigo insatisfacción, errores frecuentes, mal trato hacia los pacientes y faltas recurrentes del personal.

La investigación está enfocada en el contexto de la COVID-19, en tal sentido, es importante saber qué es esto y cómo se desarrolló desde sus inicios. La organización mundial de la salud (2020) nos refieren que inició el 31 de diciembre del año 2019 en la población de China, Wuhan. Es una enfermedad causada por el SARS-CoV-2, algunos de sus síntomas usuales son la tos seca, el cansancio y la fiebre. Además, también se puede desarrollar la congestión nasal acompañada de anosmia (pérdida total del olfato) o hiposmia (disminución en la percepción de olor), dolor de cabeza, náuseas, diarreas y dolores musculares. Por otro lado, recalcan que cualquier persona que presente indicios de estos síntomas debe de guardar aislamiento y solicitar el apoyo médico. También las personas con mayor predisposición a desarrollar síntomas graves son los adultos mayores y los que posean alguna comorbilidad como diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, etc.

De igual importancia, para realizar la búsqueda y sistematizar los estudios recabados se utilizó el siguiente instrumento PRISMA. De este modo, PRISMA (2020) refiere que las revisiones sistemáticas deben de contar con cierta metodología y resultados que permitan a los futuros lectores evaluar la aplicación y confiabilidad de los descubrimientos de la investigación. Los Informes transparentes de revisiones sistemáticas y meta-análisis fueron diseñados con el propósito de ayudar a preparar una adecuada investigación, reflejar los avances en la terminología, metodología y brindar la posibilidad de actualizar o replicar investigaciones previamente hechas. También se aplica en estudios que estiman las intervenciones de salud, educativas o sociales. Además, se ha desarrollado una expansión para la guía de informes de metaanálisis tanto en red como en participantes individuales, también en revisiones sistemáticas de alcance y daños; lo más adecuado es seguir las recomendaciones junto a la guía de cada investigación (PRISMA, 2020).

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación se realizó utilizando la clasificación de Ato et al. (2013) fue una investigación teórica fundamentada en la recopilación de los trabajos y estudios que se producen derivados de una teoría, metodología investigada, revisiones y actualizaciones de estudios previamente realizados que no necesariamente soliciten datos que requieran de la observación y la experiencia. La investigación teórica se dividió en tres tipos de revisiones; narrativa, sistemática y cuantitativa o metaanálisis. Esta investigación se basó en la actualización teórica o revisión sistemática de los estudios primarios de la prevalencia de la ansiedad y depresión en los profesionales de la salud, con un desarrollo metódico de los datos, como la codificación de variables, el idioma, año de publicación, tipo de muestra, etc (Ato et al., 2013).

Por otro lado, buscó recolectar información de datos sobre las variables escogidas, con un método cualitativo, diseño no experimental, de corte transversal; ya que se estudió a las variables de forma sistemática empleando los criterios de inclusión y exclusión; realizando la verificación antes, durante y después de la recolección y análisis de datos (Hernández et al., 2014). Además, se buscó precisar la prevalencia de ambos trastornos mediante una codificación selectiva, contrastando los estudios, datos encontrados y realizando una síntesis de la información recolectada sin necesidad de emplear propiedades numéricas (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2. Categorías, subcategorías y matriz de categorización

Las categorías son los valores, la manera de clasificar, codificar o definir un término de forma legible para que la investigación no presente errores. En la investigación fueron clasificadas cada unidad de análisis. Por otro lado, la subcategoría hace que la categoría sea más específica al expresar la información, además que las subcategorías van a poseer dimensiones y propiedades (Strauss y Corbin, 2002).

En esta investigación, las categorías y subcategorías que se desarrollaron se basaron en describir, comprender y comparar a los autores. Por lo cual, dentro de las categorías se encontraron: tipo de artículo, país, autor, fuentes, participantes y año. Así mismo, las subcategorías a emplear serán: base de datos, información nacional e internacional, la indexación: *Scielo*, *EBSCOhost*, *Dialnet*, *Proquest* y *Scopus*; artículos de revisión sistemática (Pineda et al., 1994).

Tabla 2

Matriz de categorización apriorística

Variables	Pregunta de investigación	Objetivo de investigación	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Subcategorías
Ansiedad	¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los profesionales de la salud?	El objetivo principal de esta investigación será conocer la prevalencia que traen consigo la ansiedad y depresión en los profesionales de salud, para poder así tener un conocimiento mucho más a fondo de ambos trastornos bajo una revisión sistemática.	Spielberg en 1980 da a conocer que la ansiedad es producida por una situación exterior, la cual el ser humano la considera como peligrosa o amenazante generando una respuesta emocional irritante. La Real Academia Española (2020) define como una agrupación de síntomas que se evidencian al mismo tiempo por la tristeza insondable y la inadecuada habilidad de los procesos mentales	Para poder hallar ambas variables se va a describir y comprar a los autores, el modelo de artículo, el país, los participantes, el año, el tamaño de la muestra, las fuentes para poder saber la prevalencia de ambos trastornos	Modelo de artículo Autor País	Artículos de revisión sistemática Nacional Internacional
Depresión		Participantes Fuentes Año	Scopus Journal of medical surgical Sciences Proquest CEP EBSCOHOST Scielo Dialnet Última década			

Nota. Elaboración propia de los autores.

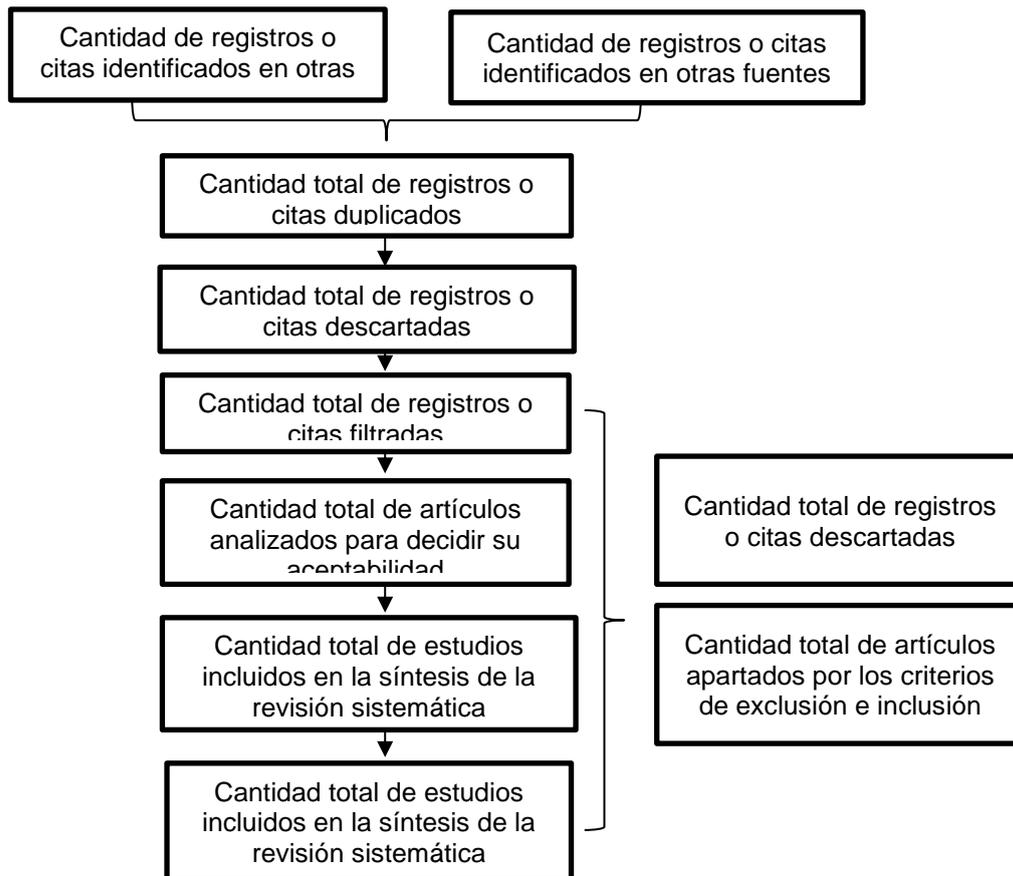
3.3. Escenario de estudio

Se consideró el escenario de estudio para la investigación, los artículos de revistas científicas que investigaron la prevalencia de la ansiedad y depresión a nivel mundial siendo así que algunos estudios utilizados sean previamente

traducidos por el idioma. Estos estudios se examinaron del periodo 2020 al 2021, en los meses de agosto a octubre del año 2021, realizando una elección de las diferentes fuentes electrónicas de alta relevancia para la comunidad científica y aquellos que cumplieron con los criterios establecidos por los investigadores.

Figura 1

Flujograma de procedimiento para la construcción de la investigación



Nota. Procesos de revisión sistemática.

3.4. Participantes

La investigación fue una revisión sistemática, conformada por artículos de revistas científicas que se ajustaron a los criterios establecidos por los investigadores. Se recopilaban las investigaciones durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2021; en algunos casos se realizó la traducción ya que se encontraron estudios en el idioma inglés y otros. Con el objetivo de iniciar la

indagación, se utilizaron las palabras clave divididas en dos categorías: (a) constructo (ansiedad y depresión, COVID-19) en español, (*anxiety and depression, COVID-19*) en inglés; y (b) población (profesionales de la salud) en español y (*health professionals*) en inglés.

Por consiguiente, para los criterios de inclusión solo se aceptaron investigaciones que se realizaron desde el año 2020 al 2021; bajo una metodología cuantitativa o cualitativa y el título de los estudios poseían las categorías constructo y población, descritas en el párrafo anterior: ansiedad y depresión en profesionales de la salud. En cuanto a los criterios de exclusión, quedaron fuera las investigaciones que no señalaron como objeto de estudio a los profesionales de la salud, también los que no especificaron ambos trastornos ansiedad y depresión. Del mismo modo, se excluyeron los estudios de tesis, ensayos o casos, con respecto a la metodología sólo fueron de consideración estudios descriptivos transversales y con respecto al tipo de publicación solo se consideraron artículos de revista.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se sistematizó sobre la prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en los profesionales de la salud; realizando una revisión documental. Esta constituye la exploración y verificación de estudios según el tema de investigación, además, permite profundizar el conocimiento, ya que de esta manera se logró sintetizar y analizar la información recolectada de los estudios seleccionados (Gómez et al., 2016).

La revisión documental se realizó en fuentes electrónicas confiables como *Scielo, EBSCOhost, Dialnet, Proquest* y *Scopus*, esta última pertenece a la web bibliográfica iniciada en el año 2004 y comprende artículos de revistas científicas de alto impacto. Además, englobaron a parte de los artículos mencionados, más de 210 millones de libros electrónicos y 8 millones de accesos abiertos en 40 idiomas aproximadamente (Sant Joan de Déu, 2020). Por otro lado, los márgenes hicieron referencia al título de la investigación y a las *keywords* utilizadas.

Por consiguiente, se suscitó una base de datos con las categorías:(a) autor(es) y año de publicación, (b) idioma, (c) tipo de investigación, (d) país o países donde se realizó el estudio, (e) número de la muestra o participantes, (f) instrumento empleado y (g) indexación (véase en anexo 1).

Para la recolección de los artículos científicos se utilizó un instrumento, el cual es *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA)*, contiene 27 ítems en general, además, para esta investigación se tomaron en cuenta 21 ítems que apoyaron a la recolección de datos de los estudios seleccionados y también se tomaron en cuenta para la presentación de los resultados.

Tabla 3*Instrumento PRISMA*

		Título
Instrumento PRISMA	Introducción	Resumen Razonamiento Objetivos Criterios de elegibilidad Fuentes de información Estrategia de Búsqueda Proceso de selección Proceso de recogida de datos
	Métodos	Datos Evaluación del riesgo de sesgo del estudio Selección de estudios Características del estudio Riesgo de sesgos en los estudios
	Resultados	Resultados de los estudios individuales Resultados de las síntesis
	Discusión	Discusión Registro y protocolo Soporte Intereses contrapuestos apuestas
	Otra información	Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales

Nota. Ítems seleccionados para la investigación.

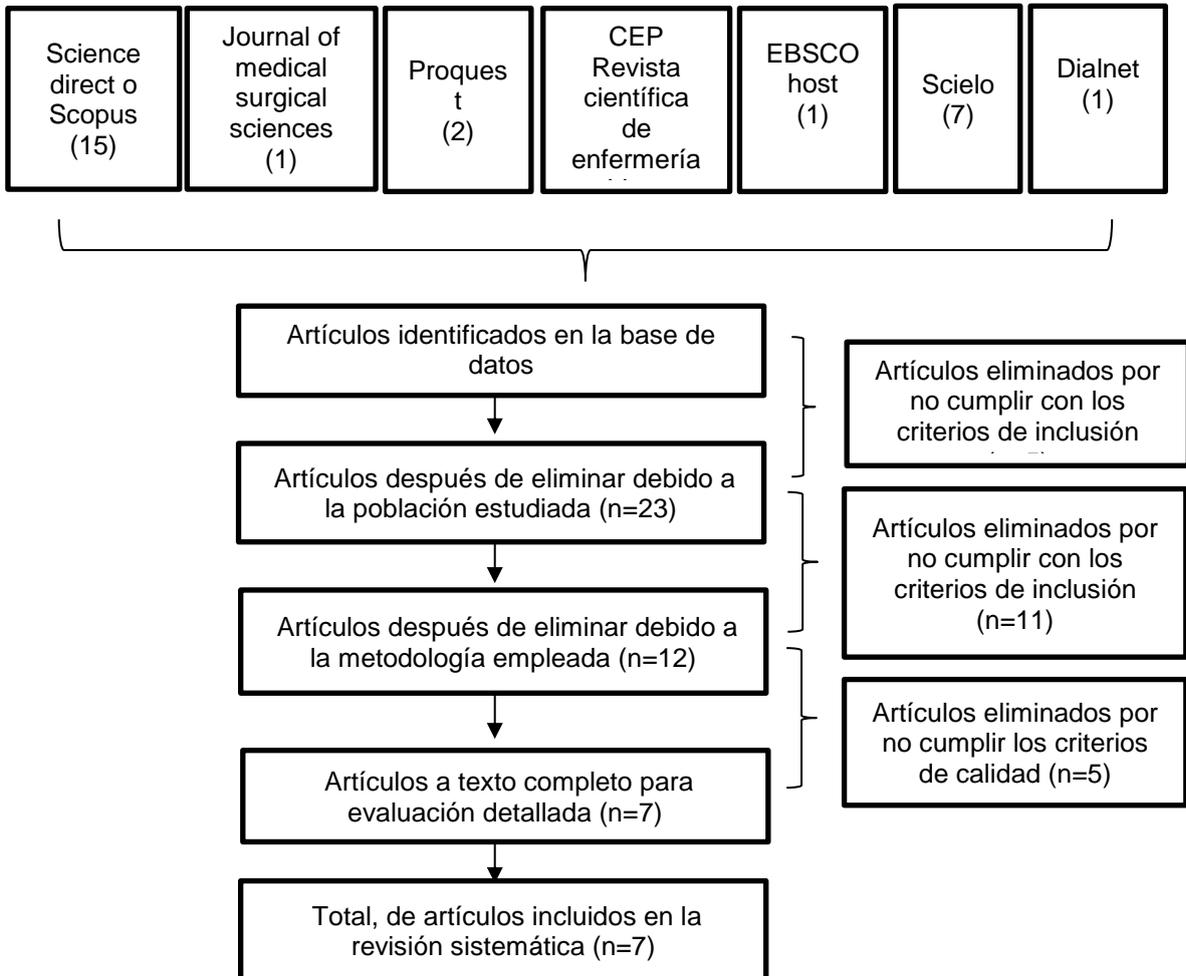
3.6. Procedimiento

Para la investigación, primero se llevó a cabo la búsqueda de artículos de investigación en fuentes electrónicas confiables como *Scopus*, *Journal of medical surgical sciences*, *Proquest*, CEP Revista Científica de Enfermería Lima, *EBSCOhost*, *Scielo* y *Dialnet*. En la búsqueda realizada en las diversas bases de datos científicas, se encontraron 28 artículos, de los cuales cinco fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión, específicamente por la población estudiada y el título del estudio; 11 de ellos por la metodología empleada

y cinco de ellos por no tener una adecuada calidad. Finalmente, la unidad de análisis quedó compuesta por siete artículos que cumplían tanto los criterios de inclusión y calidad.

Figura 2

Flujograma de selección en la revisión sistemática



Nota. Elaboración propia de los autores

En el rango de las puntuaciones de los artículos estaba entre un cinco y siete. Ningún artículo fue clasificado de “Calidad Baja” (1-4 puntos), cinco fueron puntuados de “Calidad Promedio” (5-6 puntos) y tres artículos de “Calidad Alta” (7-8 puntos). La valoración y los criterios de su calidad se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 4*Calidad metodológica*

Autor(es) y año	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	Calidad
Gündogmus et al. (2021)	+	+	+	+	+	+	+	-	7	Alto
Liu et al. (2021)	+	+	+	-	+	+	-	-	5	Promedio
Rümeysa et al. (2020)	-	+	+	-	+	+	+	-	5	Promedio
Abu, E. (2021)	+	+	+	+	+	-	+	-	6	Promedio
Aveiro et al. (2021)	+	+	+	+	+	+	+	-	7	Alto
Koksal et al (2020)	+	+	+	-	+	-	+	-	5	Promedio
Onchonga et al. (2021)	+	-	+	+	+	+	+	+	7	Alto

Nota. Criterios adaptados de Berra et al. (2008)

1. Diseño de investigación: redacta el diseño de investigación.
2. Variable de estudio: define puntualmente las variables estudiadas.
3. Tipo de población: se especifica las características de la población estudiada.
4. Tamaño de muestra y muestreo: mencionan el número exacto de sujetos que componen el estudio.
5. Limpieza de datos: se indican los resultados de todos los participantes, si el total de los evaluados forman parte del análisis y si mencionan algún dato perdido.
6. Resultados: si los resultados son declarados en el mismo orden que fueron objetivos.

7. Software estadístico: declara y cita los softwares utilizados.
8. Conclusiones: se obtiene una respuesta y en orden conforme a los objetivos del estudio.

Calidad: 1-4 puntos “Bajo”; 5-6 puntos “Promedio”; 7-8 puntos “Alto”

Una vez obtenido los estudios se compilaron en una estructura, el cual permitió sistematizar la información obtenida de dichos estudios, luego se presentó en tablas de resumen de frecuencia y se realizó el análisis de los resultados. Por último, se llevó a cabo la discusión de aquellos estudios incluidos en la sistematización para llegar a la conclusión.

3.7. Rigor científico

Esta investigación fue ajustada a los criterios para el alcance de información en diferentes bases de datos que poseían rigor científico. Del mismo modo, los estudios seleccionados para el análisis y organización de datos fueron rígidamente verificados bajo los criterios establecidos en esta investigación y siguiendo la metodología PRISMA.

3.8. Métodos de análisis de datos

El proceso de análisis de información que se empleó para la evolución de la investigación, se basó en la revisión de estudios primarios y artículos científicos de la prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud. Mediante una codificación selectiva, contrastando los estudios y datos encontrados; y realizando una síntesis de la información recolectada sin necesidad de emplear propiedades numéricas (Hernández y Mendoza, 2018).

3.9. Aspectos éticos

Los aspectos éticos se fundaron en la elaboración y respeto hacia el objeto de estudio de la investigación, los seres humanos. El psicólogo tiene que regirse a la autorización del comité de ética de la Institución respectiva (Colegio de psicólogos del Perú [CPP], 2017). De igual importancia, se desarrolló siguiendo los preceptos facilitados por la APA sobre citas y referencias que actualmente se encuentra vigente, también los lineamientos de la Facultad de Ciencias de la Salud y

finalmente se constató la información investigada que fue considerada para realizar los resultados (American Psychological Association [APA], 2020).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La identificación total de los estudios estuvo conglomerada por 28 artículos científicos que se desarrollaron en diferentes lugares del mundo, durante el contexto de la COVID-19 y con diferente población de estudio. Las características que se analizaron en relación a la investigación fueron título de la investigación, metodología, país de procedencia, tipo de muestra y resultados. Sin embargo, luego de evaluar los criterios de inclusión, exclusión y calidad metodológica se retiraron 21 artículos, quedando un total de siete artículos, que serán analizados bajo una revisión sistemática para esta investigación (véase en las tablas 5 y anexo 2).

Tabla 5*Bitácora de los artículos seleccionados para la sistematización*

Autor(es) y año de publicación	Idioma	Tipo de investigación	País	N	Tipo de muestra	Instrumento empleado	Resultados		Indexación	Cuartil	Revista
							Ansiedad	Depresión			
Gündogmus et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Turquía	2460	Profesionales de salud	DASS-21	63.8 2do Pico 48.3%	1er Pico 48.3% 2do Pico 35.9%	Scopus	Q1	Psychiatry Research
Liu et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	China	1090	Profesionales de salud	PSS-10 / GAD-7 / PHQ-9	13.3%	18.4%	Scopus	Q1	Journal of affective Disorders
Rümeysa et al. (2020)	Inglés	Descriptivo Transversal	Estambul	442	Médicos	DAS-21	51.6%	64.7%	Scopus	Q1	Psychiatry Research
Abu, E. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Egipto	237	Médicos	GAD-7 / PHQ-9	78.9%	43.8%	Scopus	Q1	BMC Psychiatry

Aveiro et al.

	Español	Estudio transversal analítico	Latinoamérica	406	Profesionales de salud	DASS-21 / SPRINT-E	17.8%	10.8%	Scopus	Q4	Ministerio del Poder Popular para la Salud
Koksal et al (2020)	Inglés	Descriptivo Transversal	Turquía	702	Profesionales de la salud	HADS	36.9%	57.5%	Scopus	Q2	Journal of PeriAnesthesia Nursing
Onchonga et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Kenia	456	Profesionales de salud	GAD-7 / PHQ-9	64.8%	46.4%	Scopus	Q1	Heliyon

Nota. Elaboración realizada por los autores.

Los resultados generales de las características poblacionales en la investigación fueron las siguientes: en relación a los indicadores bibliométricos, el cual indica la calidad metodológica alta de los estudios, siete artículos fueron recopilados de *Scopus* y dentro de este se encuentran revistas como: *Psychiatry Research*, *Journal of affective disorders*, *BMC Psychiatry*, *Ministry of the People's Power for Health*, *Journal of Perianesthesia Nursing* y *Heliyon*.

Respecto a los cuartiles de las revistas seleccionada en *Scopus* según la clasificación del *Scimago Journal Rank* en el cuartil (Q1) se encontró el 71.4% equivalente a cinco artículos seleccionados de las revistas: *Psychiatry Research*, *Journal of affective disorders*, *BMC Psychiatry* y *Heliyon*. Además, en el cuartil (Q2) se encontró 14.3% perteneciente a un artículo seleccionado de la revista *BCM Psychiatry*. Del mismo modo, en el cuartil (Q4) se identificaron 14.3% perteneciente a *Ministry of the People's Power for Health* (véase la tabla 6).

Tabla 6

Características generales de los estudios: buscadores y cuartiles

Buscadores	F	%
Scopus	7	100%
Cuartil	F	%
Q1	5	71.4%
Q2	1	14.3%
Q4	1	14.3%

Nota. f: frecuencia; %: porcentaje; Q1: Cuartil 1; Q2: Cuartil 2 y Q4: Cuartil 4.

Con respecto al periodo de publicación de los estudios, se evidenció que el 71.4% de los artículos son del presente año concluyendo la búsqueda en el mes de octubre del 2021. Por otro lado, el 28.6% de los artículos fueron publicados en el año 2020, siendo dos estudios elegidos del total. Además, se tuvo en

consideración la metodología utilizada en los estudios elegidos, siendo el 100% con diseño metodológico descriptivo transversal, perteneciendo a ocho estudios (véase en la tabla 7).

Tabla 7

Características generales de los estudios: año y diseño de investigación

Año	f	%
2021	5	71.4%
2020	2	28.6%
Diseño de investigación	f	%
Descriptivo Transversal	7	100%

Nota. f: frecuencia y %: porcentaje.

Con respecto a las características de los participantes se encontró que el 71.4% fueron artículos cuya población de estudio eran diversos profesionales de la salud, por otro lado, el 28.6% fueron artículos que tuvieron como participantes a médicos expuestos a los trastornos de ansiedad y depresión durante la COVID-19. A partir de ello, se puede identificar también que los artículos elegidos pertenecen a diferentes partes del mundo; siendo así que el 42.8% fueron de Europa (donde se encuentra el país de Turquía). También el 28.6% fueron de África (donde se encontraron los países Egipto y Kenia); del mismo modo el 14.3% de América del sur, siendo un estudio en Latinoamérica. Finalmente, la participación del continente asiático (véase en la tabla 8).

Tabla 8*Características generales de los estudios: población, continentes y países*

Población	F	%
Profesionales de la Salud	5	71.4%
Médicos	2	28.6%
Continentes	f	%
Europa	3	42.8%
Asía	1	14.3%
África	2	28.6%
América del Sur	1	14.3%
Países		
Turquía	3	42.8%
China	1	14.3%
Egipto	1	14.3%
Kenia	1	14.3%
Latinoamérica	1	14.3%

Nota. f: frecuencia y %: porcentaje de los países elegidos para la investigación.

Con respecto al idioma, el 85.7% de los artículos publicados fueron en inglés a pesar que el origen de los artículos no es de lengua inglesa; de los cuales se identificaron estudios europeos, asiáticos, africanos y latinos. Por otro lado, el 14.3% de los estudios fueron publicados en español, estos comprenden a un artículo Latinoamericano (véase en la tabla 9).

Tabla 9*Características generales de los estudios: Idioma*

Idiomas	F	%
Inglés	6	85.7%
Español	1	14.3%

Nota. f: frecuencia y %: porcentaje

Con respecto a la prevalencia de ansiedad y depresión en profesionales de la salud, se seleccionaron siete estudios que permitió conocer la prevalencia de ambos trastornos. Además, se identificó en cuatro estudios (Gündogmus et al. (2021), Rümeyssa et al. (2020), Abu, E. (2021) y Onchonga et al. (2021)), que tuvieron mayor prevalencia en cuanto al trastorno de ansiedad. Por otro lado, se identificó dos estudios Rümeyssa et al. (2020) y Koksall et al (2020) que tuvieron mayor prevalencia en cuanto al trastorno de depresión (véase la tabla 10).

Tabla 10*Prevalencia de los estudios*

Autor(es) y año de publicación	Ansiedad	Depresión
	1er Pico	1er Pico
	63.8%	48.3%
Gündogmus et al. (2021)	2do Pico	2do Pico
	48.3%	35.9%
Liu et al. (2021)	13.3%	18.4%
Rümeyssa et al. (2020)	51.6%	64.7%
Abu, E. (2021)	78.9%	43.8%
Aveiro et al. (2021)	17.8%	10.8%
Koksall et al (2020)	36.9%	57.5%
Onchonga et al. (2021)	64.8%	46.4%
	Min 13%	Min 10.8%
	Max: 78.9%	Max: 64.7%

Nota. Elaboración realizada por los autores.

Con respecto a los instrumentos empleados en los estudios seleccionados, se encontró que se utilizaron con mayor frecuencia la “Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)”;

“Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)” y el “PHQ-9”. Por otro lado, también se utilizaron las escalas: “Escala de estrés percibido (PSS-10)”, “Trastorno de estrés entrevista de valoración (SPRINT-E)” y finalmente la “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)”; sin embargo, se evidenció que esto fue en menor proporción a los instrumentos detallados al inicio (véase en la tabla 11).

Tabla 11

Instrumentos empleados en cada estudio

Autor(es) y año de publicación	Instrumento empleado
Gündogmus et al. (2021)	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)
Liu et al. (2021)	Escala de estrés percibido (PSS-10) Escala para el trastorno de ansiedad generaliza (GAD-7) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)
Rümeysa et al. (2020)	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)
Abu, E. (2021)	Escala para el trastorno de ansiedad generaliza (GAD-7) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)
Aveiro et al. (2021)	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) Trastorno de estrés entrevista de valoración (SPRINT-E)
Koksal et al (2020)	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).
Onchonga et al. (2021)	Escala para el trastorno de ansiedad generaliza (GAD-7) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Nota. Elaboración realizada por los autores.

El objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud, a lo largo del periodo 2020 al 2021, habiendo un total de 7 artículos científicos sistematizados.

En cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad, se encontró que el mínimo porcentaje de la sistematización fue el 13% y el máximo 78.9%, esto se ve reflejado en el aumento del padecimiento de este trastorno al inicio y durante la COVID-19. Ello en contraste con las investigaciones realizadas antes de la pandemia, Gómez et al. (2015) refieren que la ansiedad mostraba una prevalencia del 14.6% al 20%, además, se indica que las variables sociodemográficas y laborales tienen una mayor influencia. Por un lado, el puesto laboral se asocia como predictor de primer lugar y por otro el género, indican que el hecho de ser mujer predice una mayor posibilidad de presentar síntomas de ansiedad. En consecuencia, el constante contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales de la salud de primera línea.

Por consiguiente, García et al. (2014) mencionan que el 28.5% presentaba ansiedad leve y el 4.6% se encontraba en un rango severo y esto no reflejó disparidad en cuanto al género. Evidenciando así un aumento notable de la ansiedad debido al brote de la COVID-19 en comparación a las estadísticas brindadas por estudios previos a este virus. Por consiguiente, es importante recalcar, que los profesionales de la salud tienen mayores probabilidades de experimentar la ansiedad a niveles severos, por tanto, existe la necesidad de implementar aún más el apoyo en los planes de intervención en los profesionales que se encuentren expuestos a trabajos de primera línea en la pandemia (Abu, 2021).

En relación al desempeño laboral, la ansiedad tiene consecuencias perjudiciales ya que afecta el nivel de productividad, esto quiere decir que, la atención estaría dispersa, no tendrá el mismo rendimiento en sus actividades diarias y también se verá afectado el nivel de interacción social. Por lo tanto, los trabajadores que presentan síntomas de ansiedad pueden tener limitaciones en las

funciones del puesto, debido a que hay una disminución de participación en sus jornadas laborales, afectación en el desarrollo de su carrera ya que no va a tener el mismo desempeño que tenía antes de presentar el trastorno y debido a ello existe una gran rotación de personal por despidos (p.ej., Bogiaizian, 2015 y Arcia et al.,2016).

En cuanto a la prevalencia del trastorno de depresión se encontró que el mínimo porcentaje de la sistematización fue 10.8% y el máximo 64.7%. Ello en comparación con las investigaciones realizadas antes de la pandemia, Gómez et al. (2015) mencionan que el índice de prevalencia de la depresión era del 4% al 7%, además, la diferencia se encuentra en función al puesto laboral y la experiencia en el servicio de medicina intensiva predice el riesgo de presentar síntomas de depresión, mostrando que las personas mayores con más experiencia en el puesto son más vulnerables a presentar elevados niveles de depresión. También García et al. (2014) refieren que la prevalencia de la depresión se encontraba en 21.5% sin embargo, estaba ubicada en un rango leve. Entonces se logró identificar que existe un aumento de la prevalencia de la depresión durante la COVID-19, debido a la exposición en la que se encuentra los profesionales de la salud, el riesgo persistente a ser contagiado y el lidiar con las muertes en gran proporción y de forma constante.

En relación al desempeño laboral, existe un deterioro, puesto que la persona no se va a desempeñar como normalmente lo hacía debido a todos los síntomas que presenta. Un ejemplo claro sería la alteración de sueño por las amplias jornadas de trabajo, esto trae como consecuencia que su nivel de atención y concentración se vean afectados por ende no se va a desarrollar de la manera esperada para tal puesto. Del mismo modo, los empleados que padecen de depresión son más vulnerables a las faltas recurrentes en el trabajo y una disminución notable en la productividad. Esto se refleja en las dificultades para tomar decisiones, ejecutar acciones diarias en el puesto, la disminución de energías y el enfoque negativo constante (p.ej., Ochoa, 2008 y Román, 2017). En similitud, Perez (2006) refiere que los médicos que laboren en un hospital tienen una prevalencia del 12.8% al 47.5% de estos trastornos y se incrementa al encontrarse

en situaciones traumáticas, recordando así que la depresión afecta no solo a factores psicológicos sino también biológico por ejemplo cansancio físico, emocional, también irritabilidad, falta de atención a los detalles; más aún cuando en el servicio brindado se enfrentan a fallecimientos. Por lo tanto, el desempeño y la calidad laboral que se espere en los profesionales de la salud no será el adecuado, trayendo consigo insatisfacción, errores frecuentes, mal trato hacia los pacientes y faltas recurrentes del personal.

Con respecto, a los estudios empleados en la investigación se puede denotar que el 100% fueron extraídos de la base de datos de Scopus. Así mismo, el cuartil “Q” estuvo en mayor medida en el valor 1 (ver tabla7), en tal sentido, se puede entender que la clasificación de las investigaciones se emplean en ámbitos académicos para poder así evaluar el impacto y la calidad de una investigación; puesto que las clasificaciones de las investigaciones están destinadas a reflejar el lugar de una investigación dentro de su campo, la dificultad de ser publicada en esta investigación y la influencia asociada con ella, esta se puede clasificar en 4 categorías Q1, Q2, Q3 y Q4. Por otro lado, se emplearon investigaciones publicadas en el 2020 y 2021 las cuales en su totalidad fueron de diseño descriptivo transversal. Además, respecto al continente y país con mayores investigaciones que emplean ambas variables se pudo validar que existen investigaciones de manera global en todos los continentes, sin embargo, es el continente europeo el cual viene teniendo mayores investigaciones de ambos trastornos. En ese mismo contexto, el estudio que mostró mayor prevalencia de ambos trastornos ansiedad y depresión dentro de la sistematización fueron Rümeyssa et al. (2020) realizaron un estudio en Estambul donde la población fueron médicos y los resultados dieron a conocer que 64.7% de participantes de la investigación tenían síntomas de depresión y el 51.6% síntomas de ansiedad durante la COVID-19.

V. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación sobre la revisión sistemática de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en los profesionales de la salud, se llega a las siguientes conclusiones:

La sistematización de ambos trastornos ansiedad y depresión, se logró evidenciar el aumento de la prevalencia durante la COVID-19 en profesionales de la salud. Siendo reflejado en las estadísticas mencionadas ansiedad máx. 78.9% y depresión máx. 64.7%, en comparación con los estudios previos a la pandemia.

Las variables sociodemográficas y laborales tienen una mayor influencia en ambos trastornos; por un lado, el puesto laboral, la experiencia en el servicio de medicina y sus funciones se asocia como predictor de primer lugar y por el otro, el constante contacto con el sufrimiento, la muerte, en un ambiente con numerosas demandas y el riesgo persistente a ser contagiado influyen a que los síntomas continúen persistiendo.

El desempeño laboral que se espera en los profesionales de la salud no será el adecuado, ya que al padecer ambos trastornos pueden tener limitaciones en las funciones del puesto, trayendo consigo errores frecuentes, dificultad para tomar decisiones y ejecutar acciones, mal trato hacia los pacientes, alteración de sueño afectando el nivel de atención y concentración por las amplias jornadas laborales; debido a ello, se tendrán faltas recurrentes, insatisfacción y una gran rotación de personal por despidos o abandono de trabajo.

Finalmente, se logró evidenciar que la totalidad de los estudios empleados en la investigación fueron de la base de datos Scopus, el período de publicación de los estudios fue entre 2020 – 2021. Además, se evidencia que existe una mayor investigación de los trastornos de ansiedad y depresión en el continente europeo.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros investigadores, que realicen mayores investigaciones empíricas en los profesionales de la salud y otras poblaciones que se hayan visto afectadas durante la COVID-19, con el propósito de poder realizar comparaciones con otros continentes, para tener una mayor calidad en cuanto a los resultados y discusiones.

Se sugiere emplear los siguientes instrumentos para la evaluación de la ansiedad y depresión en las futuras poblaciones seleccionadas; la “*Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)*”, “*Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)*” y el “*Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)*”. Ya que se evidenció que estos instrumentos fueron de mayor uso dentro de los estudios seleccionados.

Se recomienda fortalecer los planes de intervención en los profesionales de la salud. Con el objetivo de evitar el incremento de la prevalencia de la ansiedad y depresión, ya que todavía existen diferentes variantes de la COVID-19, por ende, aún se encuentran expuestos a seguir realizando las labores en primera línea.

REFERENCIAS

Abizanda, R., Ballester, R., Gil, B. y Gómez, S. (2015). Ansiedad, depresión y malestares emocionales en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 743-750.

<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>

Alvarado, E., Canales, F. y Pineda, E. (1994). Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud.

https://hdcsudg.files.wordpress.com/2019/03/metodologc3ada_investigacion_canales_alvarado_pineda.

Álvarez, M., Ortuño, F. y Vidal, C. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041–5051.

[doi: 10.1016/j.med.2019.09.012](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012)

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological association. The official guide to APA style. *American Psychological Association*.

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Baran-Andrea.pdf>

Arcia, D., Leiva, P. y Prado, M. (2016). *Estrés, ansiedad y desempeño laboral en trabajadores de la Empresa Empaques y Productos Plásticos de Nicaragua durante el primer semestre del año 2016* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Unan.

<https://repositorio.unan.edu.ni/10378/1/9142.pdf>

Ato, M., Benavente, A. y López, G. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059.

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Báez, K. (2002). *Ansiedad, cómo controlarla*. Guías de Educación Sanitaria 2. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_mental/esa_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf
- Baran, A. (2018). *Ansiedad y estrés* [Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Baran-Andrea.pdf>
- Beck, A. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959. https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/study/ugr/mbchb/phase1_08/semester2/healthpsychology/session6/6_beck_2005.pdf
- Berra, S., Elorza, y Dolors, M (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Researchgate*. https://www.researchgate.net/publication/45337362_Instrumento_para_la_lectura_critica_y_la_evaluacion_de_estudios_epidemiologicos_transversales
- Bogiaizian, D. (2015). Perfiles ansiosos en el ámbito del trabajo. *Instituto de Ciencias Sociales de la Fundación UADE*. <http://bdigital.cesba.gob.ar/handle/123456789/399>
- Carranza, Y., Gómez, D. y Ramos, C. (2016). Revisión documental, una herramienta para el mejoramiento de las competencias de lectura y escritura en estudiantes universitarios. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1, 44-56. <https://www.redalyc.org/journal/5717/571763480010/movil/>
- Castañeda, M., Campos, M., Del Castillo, A. y Ries, C. (2012). Relación entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12.

<https://doi.org/10.4321/S1578-84232012000200002>

Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. (2013). Trastorno de ansiedad. Editorial Médica Panamericana: España. 5° ed.

Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. (2013). Trastorno de depresión. Editorial Médica Panamericana: España. 5° ed.

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). Código de ética y deontología. *Colpsic*.
https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/CodigoEticaPeru.pdf

Corbin, J. y Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia

Ortega, V. , Sierra, J. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16, 42 – 50.
[doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393](https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393)

Ezquiaga, E., Diaz, M. y García, M. (2011). Depresión: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 31(3), 457-475.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>

Forero, I., Paguay, O. y Siabato, E. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n2/v7n2a07.pdf>

- García, B., Maldonado, S. y Ramírez, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA Psicológica UST*, 11(1), 65-73. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100006&lng=pt&tlng=es.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education: Ciudad de México.
- Hernández, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education: Ciudad de México.
- Hervás, G., Hermangómez, L., Nieto, M. y Vásquez, C. (2005). Evaluación de la depresión. *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/228557600_EVALUACION_DE_LA_DEPRESION/links/09e415094065fcb1d4000000/EVALUACION-DE-LA-DEPRESION.pdf
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 37(2), 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Jackson, S. (1986). *Melancholia & Depression*. New Heaven: Yale University Press.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y Clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- López, M., Mejía, C. y Vargas, M. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Centros de Integración Juvenil, A.C. <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013). Trastorno de ansiedad. Médica Panamericana: España. 5° ed.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013). Trastorno de depresión. Médica Panamericana: España. 5° ed.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2021). Sistema de Gestión Presupuestal: Clasificador Económico de gastos para el año fiscal 2021. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/anexos/Clasificador_economico_gastos_RD0034_2020EF5001.

Miranda, R. y Munguía. E. (2020). Síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>

Ochoa, D. (2008, Jun 16). Capacidad Intelectual / Depresión. *El Norte*. <https://www.proquest.com/newspapers/capital-intelectual-depresión/docview/312150704/se-2?accountid=37408>

Organización Mundial de la Salud (2020, 12). Información básica sobre la COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud (2020, 10). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes, Estimaciones sanitarias mundiales.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020, 01). Depresión.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega, V. , Sierra, J. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.

<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Pérez, E. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Médicos Interna de México*, 22(4), 282.

https://cmim.org/Revista/2006/200604_jul_ago.pdf#page=26

Prisma. (2020). ¿Quién debe utilizar PRISMA?. *Informes transparentes de Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis*.

<http://www.prisma-statement.org/>

RAE. (2021). Diccionario de la lengua española. *Real Academia Española*, 23(4).

<https://www.asale.org/academias/real-academia-espanola>

Retamal, P. (1998). *Depresión Guías para el paciente y la familia*. Editorial Universitaria, S. A.

https://books.google.es/books?id=1kwVmA7st_cC&lpg=PA9&ots=7QScRAXSZ1&dq=depresi%C3%B3n&lr&hl=es&pg=PA4#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false

Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Planeta, S. A.

Román, N. (2017). La depresión: Consideración de sus antecedentes conceptuales, tratamiento contemporáneo y sus implicaciones para la clínica. *Available from ProQuest Central*.

<https://www.proquest.com/docview/1947597722/34BFE6B61BFE4707PQ/1?accountid=37408>

Semaan, S. (2018). ¿Qué es Scopus? ¿Y para qué sirve?. Sant Joan Déu <https://bibliosjd.org/2018/01/24/scopus-que-es-para-que-sirve/#.YNY2r-hKiM8>

Forero, I., Paguay, O. y Siabato, E. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n2/v7n2a07.pdf>

Ortega, V. , Sierra, J. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Corbin, J. y Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia

Hervás, G., Hermangómez, L., Nieto, M. y Vásquez, C. (2005). Evaluación de la depresión. *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/228557600_EVALUACION_DE_LA_DEPRESION/links/09e415094065fcb1d4000000/EVALUACION-DE-LA-DEPRESION.pdf

Virto, C., et al., (2020). Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con covid.19. *Revista Científica de Enfermería*, 9(3), 50-90.
<https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44/49>

ANEXOS

Anexo 1

Codificación de datos

Codificación de datos											
Autor(es) y año de publicación	Idioma	Tipo de investigación	País	N	Tipo de muestra	Instrumento empleado	Resultados	Indexación	Revista	Cuartil	

Nota. Elaboración propia de los autores.

Anexo 2

Bitácora del conglomerado de los artículos para la investigación

Autor(es) y año de publicación	Idioma	Tipo de investigación	País	N	Tipo de muestra	Instrumento empleado	Resultados		Indexación	Cuartil	Revista
							Ansiedad	Depresión			
Gündogmus et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Turquía	2460	Profesionales de salud	DASS-21	1er pico 63.8%	1er pico 48.3	Scopus	Q1	Psychiatry Research
Liu et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	China	1090	Profesionales de salud	PSS-10 / GAD-7	13.3%	18.4%	Scopus	Q1	Journal of affective Disorders
RÜmeysa et al. (2020)	Inglés	Descriptivo Transversal	Estambul	442	Médicos	DAS-21	51.6%	64.7%	Scopus	Q1	Psychiatry Research

Abu, E. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Egipto	237	Médicos	DASS-21 / PHQ-9	78.9%	43.8%	Scopus	Q1	BMC Psychiatry
Aveiro et al. (2021)	Español	Estudio transversal analítico	Latinoamerica	TOTAL 406 - Perú (172), Chile (60), Paraguay (32), México (40), Colombia (30), Bolivia (16), Panamá (18), Ecuador (8), Costa Rica (16) y otros países (13)	Profesionales de salud	DASS-21 / SPRINT-E	17.8%	10.8%	Scopus	Q4	Ministerio del Poder Popular para la Salud
Koksal et al (2020)	Inglés	Descriptivo Transversal	Turquia	702	Profesionales de salud	HADS	36.9%	57.5%	Scopus	Q2	Journal of PeriAnesthesia Nursing
Miranda y Murguía (2021)	Español	Descriptivo transversal	Chile	61	Profesionales de salud	Encuesta a trabajadores de la salud que han estado en contacto con enfermos portadores de la covid-19	88.7%	22.6%	Universidad de Chile	-	Journal of Medical Surgical Sciences

Onchonga et al. (2021)	Inglés	Descriptivo Transversal	Kenia	456	Profesionales de salud	GAD-7 / PHQ-9	64.8%	46.4%	Scopus	Q1	Heliyon
Pinho et al. (2021)	Inglés	Estudio longitudinal	Portugal	199	Enfermeras	DASS-21	-	-	Scopus	Q1	Environmental Research
Fattori et al. (2021)	Inglés	Estudio longitudinal	Italia	550	Trabajadores hospitalarios	GHQ-12 / IES-R / GAD - 7	21%	12%	Scopus	Q1	BMC Medical Research Methodology
Monterrosa et al. (2021)	Español	Estudio transversal	Colombia	385	Médicos	GAD-7	Leve 35.0% Moderada 24.8% y Severa 13.6%	-	Proquest	-	Duazary
Virto et al. (2020)	Español	Correlacional, transversal	Perú	91	Enfermeras	Encuesta electrónica	41.8%	30.8%	CEP Revista Científica de Enfermería - Lima	-	CEP Revista Científica de Enfermería - Lima
Shiguango et al. (2020)	Español	No tiene un modelo	Ecuador	-	Pacientes diabéticos	No aplican cuestionario			Proquest	-	Diabetes Internacional

Imane et al. (2021)	Inglés	Transversal	República del Congo	103	Pacientes con covid-19	HADS	Las puntuaciones de ansiedad y depresión fueron significativamente mayor en los mayores, con menor saturación de oxígeno, tuvo una mayor estancia hospitalaria y con una infección miembro de la familia con SRAS-CoV2.		Scopus	Q1	Respiratory Medicine
Roy et al. (2021)	Inglés	Transversal	Malasia	1554	Población de Malasia	PHQ-9 / SAS	34.1%	43.7%	Scopus	Q3	Clinical Epidemiology and Global Health
Aranda (2017)	Español	Descriptivo Transversal	Perú	240	Profesionales de salud	Escala de Goldberg	13.5%	17%	Scielo	-	Anales Facultad de Medicina
Rivera. et al (2014)	Español	Descriptivo - correlacional, transversal	México	130	Profesionales de salud	DASS-21	71.5%	78.5%	Dialnet	-	SUMMA Psicológica UST
Huarcaya (2020)	Español	Revisión narrativa	Perú	65 artículos	Pacientes con covid-19	-	-	-	Scielo	Q3	Revista peruana de Medicina Experimental
Bujang et al (2015)	Inglés	Estudio transversal	Malasia	1332	Pacientes en diálisis	HOQOL-BREF y DASS21	46.6%	36.3%	Scielo	Q2	Asian Journal of Psychiatry
Zegarra et al (2021)	Inglés	estudio transversal	Perú	830	población y trabajadores sanitarios	PHQ-9 / GAD-7	11.7%	0.16%	Scopus	Q1	BCM Psychiatry

Lara, Vásquez y Córdova (2014)	Español	Descriptivo, transversal	México	56	Médicos residentes	Test de Hamilton, y la depresión con el test de Beck.	41.4%	45.4%	Scielo	Q3	Atención Familiar
Ozamiz. et al. (2020)	Español	Exploratorio	España	976	Profesionales de salud	DASS-21	32.7%	33.6%	Scielo	Q2	CSP Cadernos de Saúde Pública Reports in public health
Dilaver et al (2021)	Inglés	Correlacional	Turquía	2076	Empleados de la salud	DASS-21	12.1%	-	Scopus	Q2	Legal Medicine
Dosil et al (2021)	Español	Correlacional	España	421	Profesionales sanitarios	DASS-21	37%	27.4%	Scielo	Q2	Revista de Psicquiatría y Salud Mental
Rodriguez et al (2020)	Inglés y Portugués	Correlacional	Brasil	200	Profesionales de la salud	Índice de Reactividad Interpersonal, Los Síntomas de Estrés Inventory, El Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck.	34%	30.5%	EBSCOhost	-	Ciencias Psicológicas - Universidad Federal do Vale do Sao Francisco
Molina. et al. (2020)	Español	Descriptivo Transversal	Cuba	1125	Profesionales de salud	IDARE / IDERE	30.9%	36.5%	Scielo	Q4	Revista de Psicquiatría y Salud Mental
Valera et al. (2021)	Español	Estudio descriptivo transversal	Venezuela	120 residentes	Médicos	DASS-21	39.2%%	11.7%	Scopus	Q4	Gaceta Médica de Caracas

Abdelghani et al. (2021)	Inglés	Estudio transversal	Egipto	426	Médicos	FCV-19S / HADS	28%	30%	Scopus	Q3	The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and neurosurgery
--------------------------	--------	---------------------	--------	-----	---------	----------------	-----	-----	--------	----	--

Nota. Elaboración hecha por los autores.



Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, DOMINGUEZ GARCIA ROSA STEFANY, VILLARREAL SOSA CHRISTIE JEANINNE estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Prevalencia de la ansiedad y depresión durante la COVID-19 en profesionales de la salud: una revisión sistemática", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
DOMINGUEZ GARCIA ROSA STEFANY DNI: 70303449 ORCID 0000-0002-8514-8922	Firmado digitalmente por: RSDOMINGUEZG el 12-02-2022 22:18:30
VILLARREAL SOSA CHRISTIE JEANINNE DNI: 74315090 ORCID 0000-0002-0126-2999	Firmado digitalmente por: CVILLARREALS el 12-02-2022 22:15:04

Código documento Trilce: INV - 0560038