

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**



**TESIS**

**“NIVELES DE ANSIEDAD, ESTRATEGIAS Y PREFERENCIAS DE RECURSOS DE AFRONTAMIENTO EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID -19, CAJAMARCA, JUNIO 2021”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**BACH. NADIA GABRIELA OCAÑA AGUILAR**

**ASESOR:**

**M.C. MILTON CÉSAR ROMERO CASANOVA**

**(Cirugía General)**

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico a Dios y mi familia por su apoyo constante. A mi abuelito José Aurelio Aguilar Llerena, por todos los consejos para ser mejor persona y por la fortaleza que transmite, mi ejemplo de perseverancia.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis docentes, que se han preocupado por formar mejores médicos que sirvan a la comunidad, e inculcarnos el amor a la profesión y a los pacientes. A mi Facultad de Medicina, que me acogió durante todos estos años y me dio la oportunidad de participar en diferentes actividades de formación humana. A mis amigos, que siempre me motivan a alcanzar mis metas.

## RESUMEN

La pandemia COVID 19 ocasiona un grave trastorno al sistema de salud en todo el mundo, con gran efecto en la salud mental en los que brindan servicios de salud, siendo una de las manifestaciones la ansiedad; desconociéndose la magnitud de este problema en trabajadores de salud del primer nivel de atención de Cajamarca, realizándose un estudio descriptivo transversal con el objetivo de describir la ansiedad, estrategias de afrontamiento, recursos de apoyo que prefieren y factores asociados. A una muestra de 122 trabajadores de salud (IC 95%), se aplica el Test de GAD-7 para cribaje de ansiedad y un cuestionario de estrategias de afrontamiento y preferencias de recursos de apoyo con escalas valorativas. La prevalencia de síntomas de ansiedad es del 54,1%; correspondiendo a leve (32,8%), moderada y grave (10,7% respectivamente). El 92.6% utiliza por lo menos una o más estrategias de afrontamiento, el 95.9% tiene algún nivel de interés por uno o más recursos de apoyo propuestos; la ansiedad es más frecuente en los que tienen interés al menos en algún recurso de apoyo e independientemente en 3 de estos ( $P < 0.05$ ). Concluyéndose que durante la pandemia COVID-19 hay alta prevalencia de ansiedad, uno de cada 5 trabajadores de salud requiere intervención de especialista en salud mental, la mayoría utiliza estrategias de afrontamiento y tiene preferencias por recursos de apoyo propuestos.

**Palabras clave:** Ansiedad, estrategias de afrontamiento, recursos de apoyo, COVID-19, nivel de atención.

## **ABSTRACT**

The COVID 19 pandemic causes a serious disorder to the health system throughout the world, with a great effect on mental health in those who provide health services, one of the manifestations being anxiety; the magnitude of this problem in the health workers of the first level of care in Cajamarca is unknown, so a cross-sectional descriptive study is carried out with the objective of describing the anxiety, coping strategies, support resources that workers prefer and associated factors. To a sample of 122 health workers (95% CI); a GAD-7 test is administered to screen for anxiety and a questionnaire on coping strategies and support resources with rating scales. The prevalence of anxiety symptoms is 54.1%; corresponding to mild (32.8%), moderate and severe (10.7% respectively). The 92.6% use at least one or more coping strategies, 95.9% have some level of interest in one or more proposed support resources; anxiety is more frequent in those who are interested in at least one support resource and independently in 3 of these ( $P < 0.05$ ). Concluding that during the COVID-19 pandemic there is a high prevalence of anxiety, one in 5 health workers requires intervention from a mental health specialist due to symptoms of moderate and severe anxiety, the majority use coping strategies and have preferences for support resources proposed.

**Keywords:** Anxiety, coping strategies, support resources, COVID-19, level of attention.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ....	5
1.4. LIMITACIONES .....	6
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1. ANTECEDENTES MUNDIALES.....	7
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	16
2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES .....	19
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD, ESTRATEGIAS Y PREFERENCIAS DE APOYO .....	20
2.2.1. DEFINICIÓN .....	21
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	21
2.2.3. ETIOPATOGENIA. ....	22
2.2.4. PRESENTACIONES CLÍNICAS. ....	23
2.2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	24
2.2.6. CRIBADO, CRIBAJE O DESPISTAJE.....	25
2.2.7. PREVENCIÓN. ....	27

2.2.8.	MANEJO.	28
2.2.9.	SEGUIMIENTO.	34
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	36
2.3.1.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).	36
2.3.2.	MODELO DE REGULACIÓN EMOCIONAL COGNITIVA DE GARNEFSKY & KRAAIJ.	36
2.3.3	AFRONTAMIENTO Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	37
2.3.4	ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO.	39
2.3.5	PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA.	40
2.3.6	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	41
2.3.7	RECURSOS PARA AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.	42
3.	CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	45
3.1.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	45
3.2.	DEFINICIÓN DE VARIABLES	45
3.2.1	VARIABLE DEPENDIENTE.	45
3.2.2	VARIABLES INDEPENDIENTES.	45
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
4.	CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS	53
4.1.	OBJETO DE ESTUDIO	53

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	53
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
4.3.1. POBLACIÓN.....	54
4.3.2. MUESTRA. ....	54
4.3.3. MUESTREO ESTRATIFICADO.....	55
4.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS. ....	55
4.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
4.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	56
4.4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	56
4.4.5 PROCEDIMIENTO.....	57
4.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	58
4.6 ASPECTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	58
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	60
5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	60
5.1.1 ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO. ....	66
5.1.2 RECURSOS DE APOYO QUE ESTARÍAN INTERESADOS LOS TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE	



ATENCIÓN EN ACUDIR FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO.....	67
5.2 ANSIEDAD .....	70
5.3 ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS.....	72
6. CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN .....	82
7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES .....	88
8. CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES.....	89
9. BIBLIOGRAFÍA .....	91
10. ANEXOS.....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01.	CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN SEXO, EDAD Y ACEPTACIÓN DE ATENCIÓN POR ANSIEDAD. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	62
TABLA 02.	CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD SEGÚN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	64
TABLA 03.	ESTRATEGIAS UTILIZADAS FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	66
TABLA 04.	RECURSOS DE APOYO QUE ESTARÍAN INTERESADOS DE ACUDIR FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	68
TABLA 05.	GRADO DE INTERÉS POR RECURSOS DE APOYO PARA ACUDIR FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	78

TABLA 06. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PUNTAJE SEGÚN TEST GAD-7). CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	70
TABLA 07. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DE TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	72
TABLA 08. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DE ESTABLECIMIENTOS DE PROCEDENCIA EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	74
TABLA 09. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y ASOCIACIÓN CON ESTRATEGIA UTILIZADA FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	75
TABLA 10. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y ASOCIACIÓN CON RECURSOS DE APOYO QUE ESTARÍA INTERESADO EN ACUDIR FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	76

## ÍNDICE DE FIGURAS O GRÁFICOS

GRÁFICO 01. HISTOGRAMA DE MUESTRA DE TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EDAD. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	61
GRÁFICO 02. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE MUESTRA DE TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	63
GRÁFICO 03. HISTOGRAMA DE MUESTRA DE TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN TIEMPO QUE LABORAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	65
GRÁFICO 04. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE MUESTRA DE TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN TIEMPO QUE LABORA (AÑOS) Y SEXO. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	65
GRÁFICO 05. GRÁFICO DE SECTORES SOBRE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	71
GRÁFICO 05A. HISTOGRAMA SOBRE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	71
GRÁFICO 06. ANSIEDAD Y ACEPTACIÓN DE REPORTE DE SU CASO A ESPECIALISTAS EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PRUEBA DE HIPÓTESIS CUALITATIVO DE PROPORCIONES. CAJAMARCA, JUNIO 2021. ....	73

GRÁFICO 06A. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE PUNTAJE DE ANSIEDAD DEL TEST GAD-7 EN ACEPTACIÓN DE REPORTE DE SU CASO A ESPECIALISTAS EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PRUEBA DE HIPÓTESIS CUANTITATIVA. CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	73
GRÁFICO 07. ANSIEDAD Y EL INTERÉS EN UN GRUPO DE APOYO PARA PROFESIONALES DE SALUD, VÍA ONLINE FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ASOCIACIÓN CUALITATIVA POR COMPARACIÓN DE PROPORCIONES). CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	79
GRÁFICO 07A. ANSIEDAD Y EL INTERÉS EN UN GRUPO DE APOYO PARA PROFESIONALES DE SALUD, VÍA ONLINE FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ASOCIACIÓN CUANTITATIVA COMPARACIÓN DE PROMEDIOS). CAJAMARCA, JUNIO 2021.....	79
GRÁFICO 08. ANSIEDAD E INTERÉS EN UN GRUPO DE APOYO PARA PROFESIONALES DE SALUD, (PRESENCIAL CON PROFESIONAL) FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	

(ASOCIACIÓN CUALITATIVA POR COMPARACIÓN DE PROPORCIONES). CAJAMARCA, JUNIO 2021. .... 80

GRÁFICO 08A. ANSIEDAD E INTERÉS EN UN GRUPO DE APOYO PARA PROFESIONALES DE SALUD, (PRESENCIAL CON PROFESIONAL) FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ASOCIACIÓN POR COMPARACIÓN DE PROMEDIOS). CAJAMARCA, JUNIO 2021..... 80

GRÁFICO 09. ANSIEDAD E INTERÉS EN UN GRUPO DE BIENESTAR GENERAL (CON OTRAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD), VÍA ONLINE FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ASOCIACIÓN CUALITATIVA POR COMPARACIÓN DE PROPORCIONES). CAJAMARCA, JUNIO 2021. .... 81

GRÁFICO 09A. ANSIEDAD E INTERÉS EN UN GRUPO DE BIENESTAR GENERAL (CON OTRAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD), VÍA ONLINE FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO QUE ALTERE SUS SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ASOCIACIÓN CUANTITATIVA POR COMPARACIÓN DE PROMEDIOS). CAJAMARCA, JUNIO 2021. .... 81

## 1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Una nueva neumonía viral originada en China fue anunciada por la Organización Mundial de la Salud el 31 de diciembre del año 2019. Como resultado, al 19 de mayo del año 2021, se registraron 163,869,893 casos confirmados y 3,398,302 muertes confirmadas por coronavirus (COVID-19) en todo el mundo (1). En efecto, la COVID-19 es una enfermedad de Salud Pública, muy preocupante por su rápida diseminación y letalidad, considerando que la transmisión desde personas asintomáticas aumenta la probabilidad de propagación y además es difícil la identificación de los casos (2), probablemente a causa de errores en las pruebas diagnósticas o por un ineficaz tamizaje en la población.

Según la revisión de estudios occidentales hecha por Danet (3) el impacto psicológico y sus variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout, los síntomas más frecuentes e intensos se encontraron entre los profesionales de primera línea, predominando entre mujeres y en la categoría profesional de enfermería. Además, se distinguió una prevalencia mayor de ansiedad y un nivel superior de estrés, en comparación con estudios en la población de China. Los resultados de Chen-Yun Liu (4) indican que las puntuaciones de ansiedad son más altas en el personal que está en contacto directo con el sufrimiento y la muerte y encomiendan que se realicen servicios de asesoramiento psicológico, para prevenir, apaciguar o tratar el aumento de la ansiedad.

En el año 2020, a raíz de la pandemia por COVID 19, se desarrollaron instrumentos-basados en estudios- para evaluar el estado mental de la población, implementándose escalas que miden la preocupación y ansiedad de las personas ante la posibilidad de enfermarse de COVID-19, y a un corto plazo se empleen los resultados para generar conocimiento del problema y estrategias para mejorar la salud mental de la población (5),(6),(7).

Como lo demostró en su estudio Lee SA (8), la ansiedad por Coronavirus explica la depresión, ansiedad generalizada y ansiedad por la muerte, entonces los profesionales de la salud deben percibir la coronofobia que explica la angustia psicológica. También los profesionales de salud utilizaron comportamientos de afrontamiento empíricamente y conductas resilientes (ejercicio físico la más frecuente) y hubo interés en recursos de bienestar adicionales, al intervenir se debe considerar preferencias de los profesionales de salud (9).

En medio de la variedad de respuestas psicosociales observadas en brotes de enfermedades infecciosas anteriores, las consideraciones prácticas para la actual pandemia de COVID-19 deben centrarse en el individuo en el contexto de un entorno social más amplio, con énfasis en crear conciencia sobre la gama de posibles respuestas psicosociales, acceso a ayuda psicológica, autocuidado, empoderamiento de grupos de autoayuda y participación sostenida con información actualizada y confiable sobre el brote (10).

La evidencia de las epidemias de enfermedades, muestra que los trabajadores de la salud corren el riesgo de desarrollar problemas de salud mental a corto y largo plazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido sobre el posible impacto negativo de la crisis del COVID-19 en el bienestar mental de los profesionales de la salud y la atención social. Los síntomas de problemas de salud mental comúnmente incluyen depresión, ansiedad, estrés y problemas cognitivos y sociales adicionales; estos pueden afectar la función en el lugar de trabajo. La salud mental y la resiliencia (capacidad para hacer frente a los efectos negativos del estrés) de los profesionales sanitarios y de atención social de primera línea, podrían recibir apoyo durante las epidemias de enfermedades mediante intervenciones en el lugar de trabajo, intervenciones para apoyar las necesidades básicas diarias, psicológicas, intervenciones de apoyo, intervenciones farmacológicas



(11). Por lo que es importante identificar y caracterizar estos trastornos psicosociales de los trabajadores de salud durante la pandemia COVID-19 en todas partes.

### **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, estrategias, preferencias de recursos de afrontamiento y factores asociados en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, Junio 2021?

### **1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Ha pasado aproximadamente un año desde el inicio de las restricciones sociales establecidas por las diferentes autoridades como medida preventiva para frenar los contagios por coronavirus. Como consecuencia, el aislamiento social y el temor de contagiarse ha generado que cada persona trate de confrontar esta situación y adaptarse usando o creando medios para que su vida y sus planes continúen en esta nueva realidad. Las personas pueden experimentar estados depresivos, ansiosos, estresantes. Los trabajadores de salud están más expuestos que las demás personas a estresores en la pandemia COVID-19.

La presente investigación busca identificar entre los trabajadores de salud que enfrentan la pandemia por COVID-19, a los casos tamizados con síntomas de ansiedad y a los que están en probable riesgo de ansiedad y que el conocimiento generado, sea un incentivo para que a corto plazo la sociedad o el gobierno, aplique medidas de protección y seguimiento prolongado para que la salud mental de los trabajadores no siga deteriorándose.

A nivel académico, este estudio también contribuye con otro enfoque sobre el impacto psicológico en los trabajadores de salud en la Región Cajamarca ante la pandemia COVID-19, considerando que actualmente, son pocos los estudios realizados y que a raíz del presente, se motive a investigadores de universidades e instituciones a realizar futuros estudios, con el fin de comparar y debatir si las intervenciones propuestas como respuesta a los resultados encontrados tienen efectos positivos, o sugieran modificación.

Asimismo, a nivel científico, este estudio al identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento usadas y las preferencias de recursos de apoyo en los trabajadores de salud; las instituciones o grupos de ayuda, realizarían intervenciones en beneficio de su salud mental, poniendo a su disposición diversas herramientas de ayuda que puedan adaptarse individualmente.

Es por ello que fue conveniente estudiar más a fondo el nivel de ansiedad, las estrategias, preferencias de recursos de afrontamiento y factores asociados en el trabajador de salud del primer nivel de atención, considerando que durante la pandemia COVID-19 están expuestos a una gran carga emocional negativa, altos niveles de estrés laboral, alta probabilidad de sufrir angustia psicológica, siendo vulnerables a que se afecte su salud mental.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar cuáles son los niveles de ansiedad, estrategias, preferencias de recursos de afrontamiento y factores asociados en trabajadores de salud del

primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, junio 2021.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1.3.2.1 Describir las características de la población estudiada según sexo, edad, grupo ocupacional, aceptación a ser atendidos, enfermedad COVID-19, categoría del establecimiento, sector, atención COVID, área de trabajo, escenario de trabajo, tiempo que labora, estrategias y recursos de afrontamiento. Cajamarca, Junio 2021.

1.3.2.2 Establecer cuál es la prevalencia y niveles de ansiedad en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19. Cajamarca, Junio 2021.

1.3.2.3 Establecer cuál es la distribución de la prevalencia de ansiedad según sexo, edad, categoría profesional y tipos de establecimientos de salud en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19. Cajamarca, Junio 2021.

1.3.2.4 Establecer la asociación entre ansiedad y características de los trabajadores de salud del primer nivel de atención, durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, Junio 2021.

1.3.2.5 Describir cuáles son las estrategias de afrontamiento de trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 y su relación con ansiedad. Cajamarca, Junio 2021.

1.3.2.6 Describir cuáles son las preferencias de recursos de afrontamiento en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 y su relación con ansiedad. Cajamarca, Junio 2021.

#### **1.4. LIMITACIONES**

Es importante mencionar que, por el tipo de abordaje epidemiológico del problema de la ansiedad en trabajadores de establecimientos de salud del primer nivel de atención del departamento de Cajamarca, solamente se está limitando a identificar la presencia de síntomas de ansiedad mediante un cribado con el test GAD-7, sin embargo, no se está profundizando en su clasificación de los tipos de ansiedad o trastornos vinculados. Esto debido al test GAD-7 (Anexo N° I) empleado es un instrumento de tamizaje. Esto ya fue descrito por Katzman et al (12). Otro aspecto a considerar es la dificultad de acceso a una muestra mayor de trabajadores debido a aspectos logísticos, por la característica geográfica del departamento Cajamarca y las limitaciones por el estado de emergencia ante la pandemia COVID-19.

Las características de la población estudiada de laborar en diferentes escenarios (público o privado), así como con el antecedente de haber tenido o no COVID-19, pueden influenciar sus respuestas en el cuestionario, aspecto muy difícil de controlar en estudios transversales (variables intervinientes).

## **2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

A continuación, se hará un breve repaso de la literatura, sobre los trabajos acerca de la epidemiología de la ansiedad, conductas de afrontamiento y preferencias de apoyo presente en personal de salud según su prevalencia a nivel mundial, nacional y regional.

#### **2.1.1. ANTECEDENTES MUNDIALES**

El impacto psicológico de la pandemia COVID -19 en la salud mental como la ansiedad, conductas y preferencias de afrontamiento en personal sanitario viene siendo estudiado en diversas partes del mundo.

- Cabarkapa S (13), en revisión sistemática tipo PRISMA estudian el impacto psicológico en los trabajadores sanitarios frente a epidemias o pandemias, utilizando bases de datos electrónicas (PubMed, MEDLINE y CINAHL), desde el 2002 al 21 de agosto de 2020, encontraron de un total de 55 estudios de varios países e incluyeron personas con SARS, Ébola, MERS y COVID-19. Encuentran variadas implicaciones psicológicas en trabajadores sanitarios y estudios demuestran un mayor riesgo para traumas o trastornos como la ansiedad. Se enfrentan al gran desafío mental como el temor por lo desconocido o infectarse. Ser enfermeras y mujer confiere mayor riesgo. Las estrategias de afrontamiento varían por entornos socioculturales y algo difieren entre médicos, enfermeras y otro personale sanitario. Se requiere mayor apoyo psicosocial y verídica información relacionada con la enfermedad. Es una prioridad de

investigación actual y futuras para mantener el bienestar entre los responsables de primera línea. Se requiere formulación de políticas para apoyar a los trabajadores sanitarios clave durante los brotes de enfermedades de gran magnitud. Las afecciones psicológicas son muy negativas y necesitan más atención para mitigarlas, la participación de psicólogos, una mayor concientización y una mejor educación. Las intervenciones terapéuticas podrían ser beneficiosas, necesitándose un seguimiento a largo plazo.

- Dane (3), valora el impacto psicológico de trabajadores sanitarios de primera línea en pandemia del SARS-CoV-2 y comparándolo con los demás profesionales de la salud, en una revisión sistemática con datos PubMed, Scopus y Web of Science revisa 12 estudios descriptivos. Los estudios cuantitativos de Europa y los Estados Unidos describen niveles moderados y altos de estrés, y la ansiedad afecta en porcentajes variables al personal sanitario participante: entre 20% al 72% en la zona con más prevalencia de COVID-19. La intensidad de los síntomas, en la subescala específica de ansiedad de DASS-21 encontró resultados medios de  $2,26 \pm 2,83$  hasta  $4,67 \pm 4,21$ . La Escala GAD (intervalo 0-21) indicó un 20% de profesionales con entre de  $8,25 \pm 5,61$  a 15 puntos en el grupo de primera línea. Hay mayor ansiedad entre profesionales de primera línea más afectado el personal de enfermería (40% vs 15%) que otro tipo. Mayor ansiedad en mujeres: el 21% con ansiedad severa o muy severa, y 4% en los hombres. La edad mayor es factor protector para la ansiedad, en otros más síntomas; concomitantemente depresión, alteración del sueño y agotamiento; hay diversas estrategias y medidas de afrontamiento,

mayoritariamente el personal sanitario mostró interés y valoró positivamente el apoyo psicológico individual y grupal y la práctica de actividades físicas, religiosas y espirituales para reducir el estrés, ansiedad y depresión. Las estrategias de afrontamiento que más usadas fueron la focalización e interpretación positiva.

- Leng y Col. (14); en un metaanálisis que evalúa la eficacia de las intervenciones de apoyo por internet para mejorar los resultados de la salud de los cuidadores familiares de personas con demencia y evaluar los efectos potenciales de las intervenciones de apoyo basadas en internet en su destinatario. Se buscó literatura electrónica en PubMed, EMBASE, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library y PsycINFO hasta enero de 2020. Se aplicaron diferencias de medias estandarizadas con IC del 95% para estimar tamaños del efecto en grupos, se evalúa 17 ECA elegidos en esta revisión sistemática. El metanálisis evidencia que las intervenciones de apoyo basadas en internet mejoran significativamente los síntomas depresivos, el estrés percibido, ansiedad (DME = -0,33; IC del 95%: -0,51 a -0,16;  $P < 0,001$ ) y en cuidadores de personas con demencia. No hallaron mejoras significativas en la carga del cuidador, la capacidad de afrontamiento, reacciones del cuidador a los síntomas conductuales o la calidad de vida. Entonces las intervenciones de apoyo basadas en internet son efectivas para mejorar la depresión, el estrés percibido, la ansiedad y la autoeficacia en los cuidadores con beneficios potenciales para los beneficiarios de la atención.

- Carmassi C, y Col. (15); para describir factores de riesgo y protección para el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en los que atienden

sujetos adultos que padecen enfermedades somáticas graves y potencialmente mortales se realiza revisión sistemática. En 29 estudios en que se atiende pacientes adultos afectados por enfermedades somáticas graves, agudas o crónicas. Los criterios de elegibilidad y factores de riesgo como factores de riesgo-protección entre características sociodemográficas y socioeconómicas específicas, la angustia relacionada por la enfermedad, las relaciones familiares, la exposición, el estilo de afrontamiento y el apoyo. Dentro de los síntomas psiquiátricos y afrontamiento negativo / desadaptativo, reportan muy altos niveles de ansiedad, de depresión o depresión y ansiedad que estaban relacionados con sintomatología de mayor gravedad del TEPT. Tener antecedentes depresivos, trastornos depresivos y ansiedad, o antecedentes de enfermedad psiquiátrica, ó síntomas psiquiátricos se relacionan con aumento de síntomas de TEPT y tener trastorno de pánico.

- Shechter et al, (9) describe la angustia, el afrontamiento y las preferencias de apoyo entre los trabajadores sanitarios de Nueva York durante la pandemia de COVID-19, para ello aplica una encuesta web transversal a médicos, proveedores de práctica avanzada, residentes / becarios y enfermeras, realizada durante un pico de alta demanda de COVID-19 entre 9 de abril al 24 de abril, en un gran centro médico (n = 657). Además del estrés agudo y depresión encuentra 33% de síntomas de ansiedad. Los estilos de afrontamiento encontrados fueron: Ejercicio / actividad física en un 59%, terapia de conversación 26%, yoga 25%, práctica basada en la fe/espiritualidad 23%, meditación 23%, grupo de apoyo virtual 16%, otros 16% y ninguno 14%. El 51% de los participantes



expresa "bastante" o "extremo" interés en al menos uno de los cinco tipos de apoyo propuestos, el 20% reportó interés en solo una de las opciones y el 30% en dos o más opciones. Entre los tipos de apoyo sugeridos el interés de los participantes en los recursos de bienestar encontraron que: las dos opciones que incluían el acceso a un terapeuta individual obtuvieron el mayor interés, con asesoramiento autoguiado en línea con acceso a un terapeuta (33%) ligeramente preferido sobre el asesoramiento/terapia individual tradicional (28%); con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online 24%; viendo un video de bienestar mental 15%; con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) no fue propuesto en el estudio por la situación de pandemia; con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online 14%; y ninguno 49%. El número de los recursos en los que cada participante expresó interés se correlacionaron positivamente con el número de comportamientos de bienestar en los que informaron que se involucraron,  $r_{655(656)} = 0,18$ ,  $p < 0.001$ . Los participantes que examinaron el estrés agudo positivo informaron interés en más recursos de bienestar ( $1,3 \pm 1,5$ ) que los que examinaron negativo ( $0,9 \pm 1,3$ ,  $F_{1,655} = 3,21$ ,  $p = 0,001$ ). Se encontraron diferencias similares para aquellos que examinaron positivo frente a negativo para síntomas depresivos y ansiedad. Concluyendo que los trabajadores de la salud de Nueva York, especialmente las enfermeras y los proveedores de práctica avanzada, están experimentando angustia psicológica relacionada con COVID-19. Los participantes informaron el uso de comportamientos de afrontamiento con apoyo empírico y respaldaron indicadores de resiliencia, pero, también informaron interés en

recursos de bienestar adicionales. Los programas desarrollados para mitigar el estrés entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 deben integrar las preferencias de los trabajadores de salud.

- Choi KW, y Col. (16); examinaron la validez predictiva del tamizaje de riesgo psicosocial durante la admisión por TEPT del cuidador a los 3 y 6 meses después de la hospitalización, al inicio del estudio se asoció con ansiedad del cuidador (puntaje promedio  $9.07 \text{ DE } \pm 4.15$ ), la atención plena (es decir, la capacidad de ser consciente de los pensamientos y sentimientos de uno en el momento) y el vínculo con el paciente.

- Corey J, y Col. (17); al aplicar primeros auxilios psicológicos (PAP) para evitar que las reacciones de angustia aguda se tornen en angustia a largo plazo inculcando sentimientos de seguridad, de calma, de auto eficacia y de eficacia comunitaria, de conexión y de esperanza; el grupo PAP (GPAP) brinda PAP a grupos o equipos. Para entender qué funciona, en quienes, en qué contexto y por qué los primeros auxilios psicológicos grupales para los trabajadores humanitarios, incluidos los voluntarios. En revisión realista rápida (RRR). Se analizaron 15 documentos ubicados a través de una búsqueda sistemática de bases de datos y literatura gris, con aporte de un panel de referencia central y dos expertos externos en GPAP; con los datos se generan 7 teorías de programas que abarca la pregunta de investigación y ofrecieron consideraciones para la operativización de GPAP para los trabajadores humanitarios en todos los grupos de edad y contextos. Los GPAP facilitan a las personas la comprensión de sus reacciones naturales, fomentan el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y construyen conexiones sociales que

consolidan un sentido de pertenencia y seguridad. El diseño integrado de GPAP fortalece que las personas estén unidas a otros apoyos y el abordaje de sus necesidades básicas. Es escasa la evidencia sobre GPAP.

- Corey J, y Col. (18); para medir la efectividad de los programas proactivos de mitigación de eventos psicológicos potencialmente traumáticos (EPPT) entre grupos ocupacionales expuestos a EPPT en medidas de síntomas de lesiones por estrés postraumático (LPEPT), ausentismo y bienestar psicológico, realizan búsquedas en 5 bases de datos electrónicas al estilo PRISMA en estudios revisados por pares en inglés o francés entre 2008 - 2019 evaluand el LPEPT y el bienestar psicológico de adultos expuestos a EPPT ocupacional. Evaluando el sesgo mediante la escala de Newcastle-Ottawa. En 42 estudios que evaluaron 3182 profesionales de salud pública y en primera línea, personal educativo expuesto a EPPT y mineros. Encontraron una superposición significativa entre los temas del programa incluyendo la atención. En análisis de subgrupos los programas multimodales mejoraron realmente la salud psicológica general y los programas de resiliencia aliviaron las medidas de la depresión, el agotamiento, el afrontamiento y la resiliencia. Hubieron mayores efectos para resiliencia, depresión y mejoras en la salud psicológica general inmediatamente al mes después del entrenamiento y las mejoras en sintomatología del TEPT y el afrontamiento fueron mayores en mayor tiempo.

- Sirois FM y Owens J. (19); en rápida revisión sistemática examinan los factores asociados a angustia psicológica en trabajadores sanitarios durante un brote. La angustia psicológica (“características demográficas,

factores laborales, sociales, psicológicos y relacionados con la infección”) en trabajadores sanitarios en brote de “COVID-19, SARS, MERS, H1N1, H7N9 y Ébola”. Se buscó en 4 bases de datos electrónicas entre 2000 al 15 de noviembre de 2020 investigaciones pertinentes revisadas por pares con protocolo pre-registrado. Mediante una síntesis narrativa se identifica factores fijos, modificables y relacionados con la infección, la angustia y la morbilidad psiquiátrica. En 138 estudios transversales con datos de 143.246 TS. La mayoría de los estudios se realizaron durante COVID-19 ( $k = 107, N = 34,334$ ) y SARS ( $k = 21, N = 18,096$ ). Se encontró que ser mujer, enfermera, experimentar estigma, afrontamiento desadaptativo, tener contacto o riesgo de contacto con pacientes infectados y experimentar cuarentena, eran factores de riesgo de angustia psicológica entre los trabajadores sanitarios. “El apoyo social personal y organizacional, la percepción de control, las actitudes laborales positivas, la información suficiente sobre el brote y la protección, capacitación y recursos adecuados, se asociaron con menos angustia psicológica”. Hay “factores clave para identificar a los trabajadores sanitarios que están en mayor riesgo de sufrir angustia psicológica durante un brote y los factores modificadores para reducir la angustia y mejorar la resiliencia”. “Los trabajadores sanitarios en riesgo de sufrir una mayor angustia reciban intervenciones tempranas y un seguimiento continuo porque hay pruebas de que la angustia de los trabajadores sanitarios puede persistir hasta 3 años después de un brote”. “Es necesario realizar más investigaciones para rastrear las asociaciones de los factores de riesgo y resiliencia con la

angustia a lo largo del tiempo y hasta qué punto ciertos factores están interrelacionados y contribuyen a la angustia sostenida o transitoria.”

- Paula ACRD y col (20); para comprender las reacciones y sentimientos de los profesionales en primera línea de atención a pacientes hospitalizados con sospecha de COVID-19, se lleva a cabo un estudio cualitativo con profesionales del equipo sanitario de un hospital docente del estado de Paraná el año 2020. Se identifican siguientes emociones y sentimientos: la Motivación; la voluntad de contribuir; el sentimiento de miedo, la ansiedad; la obligación; la preocupación por la muerte; la tristeza; la discriminación; el aislamiento; el perjudicar; la incertidumbre y dudas sobre el futuro.

Las reacciones / sentimientos de los trabajadores fueron ambivalentes tanto como impulso motivador como para el auto cuidado y el aislamiento / miedo al enfrentar el COVID-19.

- Teixeira CF de S y Col. (21); en Brasil sistematizaron evidencias científicas de artículos internacionales que describen los principales problemas que afectan a los profesionales de la salud que enfrentan directamente la pandemia de la COVID-19 y delinear acciones y estrategias para proteger y atender la salud de estos trabajadores sanitarios. Ante el riesgo de contaminación como problema principal que ha determinado ausentismo laboral, morbilidad y muerte, además con un malestar psicológico intenso, expresado en trastorno de ansiedad generalizada, del sueño, miedo a enfermar y contagiar a compañeros y familiares. En la realidad brasileña, se rescata el análisis de problemas crónicos que afectan a los trabajadores de la salud, derivados del sub

financiamiento del sistema, congelamiento de gastos en el sector salud, entre otros.

- Teixeira CF de S, y col (22); realizaron un estudio en profesionales sanitarios (PS) de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para evaluar los problemas de ansiedad, depresión y percepción subjetiva del estado de ánimo de un Hospital de la Comunidad Valenciana (España). Se encontró entre 14.6%-20% y un 4% a 7% de síntomas de ansiedad y de depresión respectivamente. Hay diferencias por género en ansiedad y por puesto laboral en depresión. La edad y la experiencia se asocian a depresión y ansiedad. Con análisis de regresión se identifican que juegan un papel más importante en síntomas de ansiedad y depresión: 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.

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

- Condori Chambi M y Feliciano Cauna V. (23); para determinar la asociación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la ansiedad en trabajadores de un centro de salud en cuarentena por Covid-19, en Juliaca en el año 2020 desarrollan un estudio cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal aplicando una encuesta e inventario de afrontamiento al estrés Brief “COPE-28” y el inventario de ansiedad estado– rasgo “IDARE”. En 70 trabajadores de un centro de salud encontraron que la estrategia de afrontamiento más usada, es la centrada en el problema y la menos usada es la centrada en evitación del problema y en circunstancias

la centrado en la emoción. El 82.9% de los trabajadores presentaron algún nivel de ansiedad estado a predominio de mujeres. No hay relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la ansiedad en los trabajadores.

- Guevara A, Geanfranco M (24); encuentra que la falta de Equipos de Protección Personal, ser contratado, el temor a fallecer y el miedo al aislamiento social, se asocian a ansiedad en personal profesional de salud de áreas COVID.

- Pacheco A, Elizabeth M (25); para determinar el nivel de ansiedad en enfermeros que asisten a pacientes con COVID-19 del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, el año 2020. Aplican estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, en 60 enfermeros aplicando un cuestionario con características de los sujetos y un instrumento con escalas para la variable ansiedad, dimensión estado y reactivos para la dimensión rasgo. Los participantes el 87% sexo femenino, 68% con 1 a 2 años de experiencia laboral, el 39% soltero. Respecto a ansiedad, el 53% tiene un nivel alto, 35% medio y 12% bajo; la dimensión estado 45% nivel alto, 37% medio y 18% bajo; la dimensión rasgo 59% nivel medio; 25% alto y 16% bajo. Conclusión: Los Profesionales de Enfermería que atienden pacientes con COVID-19 mayoritariamente poseen un nivel alto de ansiedad.

- Dios BJD, Areli E (26), para identificar la asociación entre factores socio-laborales y ansiedad en pandemia COVID-19 en trabajadores del Centro de Atención Primaria III Huaycán – Lima, de setiembre a octubre del año 2020; aplica un estudio observacional, prospectivo, transversal y

relacional en 67 trabajadores sanitarios, aplicando un cuestionario sobre aspectos socio-laborales y parte de la subescala de ansiedad del HAD (Ansiedad y Depresión Hospitalaria). Encontró un 52,2% de mujeres, 41,8% edad entre 30 a 39 años y el 62,7% casados o convivientes. En el 26,9% se confirma ansiedad y en 41,8% casos probables o posibles. Se asoció con la ansiedad: tener hijos ( $p=0.005$ ) y el tipo de transporte usado para ir a laborar ( $p=0.006$ ); hay mayor ansiedad por tener hijos (34%), usar mototaxi (57,1%) y transporte público (32,4%). La satisfacción con los equipos de protección personal recibidos es factor protector ( $p=0.011$ ).

- Castro Murillo R, Gamero Quispe EY (27), para estimar factores asociados al impacto en salud mental por la pandemia COVID-19 de los profesionales de Enfermería de un Hospital público de Lima, el año 2020 aplica estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal en 85 enfermeras seleccionadas por muestreo tipo bola de nieve a la que aplica una encuesta online y la escala DASS-21 y un cuestionario de factores individuales y contextuales del COVID-19. Las enfermeras 91,8% fueron mujeres y 47,1% solteros. La ansiedad se presenta en 48,2%, depresión en 23,5% y estrés en 20%. Hay asociación entre el puntaje de la depresión con la edad, estado civil, enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud física, antecedentes de salud mental y percibir rechazo o maltrato de la población; el puntaje de la ansiedad se asocia con la edad, estado civil, tener COVID-19, regular autopercepción de su salud mental, antecedentes de la salud mental y tener o sentir rechazo o maltrato por la población. El estrés se asocia con regular auto-percepción de su salud mental, antecedentes de salud mental y percibir rechazo o maltrato por la



población. Las instituciones de salud deben hacer intervención psico-emocional focalizados los que presentan antecedentes de problemas de salud mental, enfermedades crónicas y con COVID-19.

- Espinoza DD (28), para identificar la incidencia y la relación entre ansiedad, depresión y estrés laboral en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia de Piura en pandemia COVID 19, el año 2020 aplica estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional. Utiliza una encuesta con tres escalas, la escala de ansiedad de Hamilton, de depresión de Hamilton y la de estrés laboral de Hock en 45 personas (médicos, enfermeras y técnicos). La proporción de ansiedad 68.9%, depresión 53.5%, y estrés labora 44.4%.

### **2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES**

- Banda Abanto LJ. (29); para determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia en el personal de salud que labora en del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2020, ejecuta un estudio tipo descriptivo de corte transversal evaluando una muestra de 200 trabajadores de salud; encuentra dentro de las demás características como la mayoría sexo femenino, mayoría de 31 a 40 años; solteros, cuentan con equipo de protección personal; tercera parte tuvo Covid-19 y la contrajo en el hospital; el 97,5% preocupaciones por el contagio a sus parientes; dentro de los trastornos: la depresión en 14,0% , depresión leve 6,5%, moderada 5,5% y severa 1,5% y extremadamente severa 0,5%; 39,0% con ansiedad, siendo ansiedad leve 12,5%, moderada 18,0%, severa 6,0% y

extremadamente severa 2,5%; el 23,0% presentó estrés, leve 13,0%, moderada 9,0% y severa el 1,0%.

Continuando con la búsqueda exhaustiva en el repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca, además del estudio descriptivo llevado a cabo por Banda Abanto LJ. (29); en el cual la proporción de ansiedad encontrada es parte de un conjunto de problemas de salud mental; no existen trabajos que hayan tratado más ampliamente sobre la situación clínico epidemiológica de la ansiedad y sobretodo describiendo las conductas de afrontamiento y preferencias de apoyo entre profesionales de salud en el Departamento de Cajamarca, lo que en parte justificó los esfuerzos para llevar a cabo la investigación.

## **2.2. BASES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD, ESTRATEGIAS Y PREFERENCIAS DE APOYO**

- Sierra JC (30) explorando sus definiciones, su cambio histórico y las apreciaciones teóricas que se han esbozado en torno a los mismos; describe, que las nociones de ansiedad, angustia y estrés han sido distorcionados a lo largo de la historia; interpretándose desde enfoques oriundos de distintas especialidades. Aún los filósofos, médicos y psicólogos, siguen confundiendo dichos términos combinándolos o usándolos independientemente.
- Según Sierra JC (30) la ansiedad ha tenido diversas interpretaciones históricamente, desde la filosofía existencial, al psicoanálisis de Freud y llegar a tener múltiples interpretaciones conductuales, cognitivas ó cognitivoconductuales. En la actualidad dan una explicación sólida del término las teorías referentes a la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. La psicofisiología en la actualidad diferencia

claramente de ansiedad y estrés, por el rol de los procesos fisiológicos en el estrés versus los sentimientos subjetivos incluidos en el estado de ansiedad.

- Es así que Sierra JC (30) diferencia claramente el concepto de estrés que es resultado de la inutilidad del individuo frente a requerimientos del ambiente, la ansiedad se interpreta como una reacción emocional ante una amenaza declarada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional; y la angustia es una amenaza a la realidad del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto físico-psicológica.

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

### **2.2.1. DEFINICIÓN .**

La ansiedad es una principal causa de discapacidad, que se caracteriza por la existencia de miedo excesivo y de gran duración (31). La DSM-5 engloba “la ansiedad por separación, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, junto con otros tipos de ansiedad no específicos” (32).

### **2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA.**

Para la Organización Mundial de la Salud la ansiedad es un trastorno mental muy común y reconoce que está subdiagnosticado, estimándose una prevalencia a lo largo de la vida de hasta 31%, y una de cada 4 personas tiene o tuvo ansiedad (33). En Europa los trastornos de ansiedad en el año 2010 ocasionaron elevados costos indirectos por discapacidad algo más de 74 billones de euros (34). Kessler (35) encontró asociación con múltiples

trastornos de ansiedad en más del 50% de personas que padecen un trastorno de ansiedad.

### **2.2.3. ETIOPATOGENIA.**

Neurobiológicamente se han descrito generalidades sobre la mayoría de los trastornos de ansiedad en las que hay alteraciones en el sistema límbico, disfunciones del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y vinculado a factores genéticos. Desde la neuroimagen funcional aún no es posible distinguir sistémicamente en estas regiones los trastornos de ansiedad individual según diferentes perfiles de anomalías neuronales. Pero, los patrones neuronales se han asociado con estados de miedo versus ansiedad como características clínicas clave de los trastornos de ansiedad. La diferenciación entre las respuestas específicas del miedo y las respuestas específicas a la ansiedad se basan más frecuentemente en la inminencia de amenaza y la duración de las respuestas (36). Así, las respuestas al miedo normalmente se deben a una amenaza inminente y claramente percibida desencadenando una respuesta inmediata con lucha o huida y habitualmente desaparece una vez eliminada la señal que impulsa el miedo. En cambio, las respuestas propias de ansiedad habitualmente son ocasionadas por señales de amenazas distales o inciertas y con tendencia a durar más que las respuestas debidas al miedo. Otras investigaciones dentro del sistema neural proponen mecanismos que explican la experiencia subjetiva miedo / amenaza. (36)

#### **2.2.4. PRESENTACIONES CLÍNICAS.**

Katzman et al. (12) menciona las características clave de las diferentes presentaciones clínicas de los trastornos de ansiedad, haciendo una adaptación resumida de las definiciones dadas por el DSM-5 (32), que se presentana a continuación:

##### **A. Trastorno de pánico**

Se refiere a ataques de pánico súbito y recurrente y sin desencadenantes. También la preocupación sostenida por ataques de pánico adicionales y / o cambios desadaptativos en el comportamiento vinculados a los ataques. (37)

##### **B. Agorafobia**

Tener pavor o ansiedad marcada e irrazonable sobre alguna situación, o rehuir activamente la situación temida causada por pensamientos que escapan, la ayuda puede ser difícil o no hay disponible, si es pánico emergen los síntomas. (12)

##### **C. Fobia específica**

Existencia de miedo o ansiedad marcados e ilógicos sobre un objeto o situación específicos, que activamente es evadido (tales como: volar, las alturas, los animales, aplicarse una inyección, observar la sangre). (12)

##### **D. Trastorno de Ansiedad Social**

La presencia de pavor o ansiedad acentuados, excesivos o con cierta irrealidad sobre situaciones sociales en las que hay una posible

exposición a comprobación por parte de otros. Hay una evitación activa de la situación que se teme. (12)

#### **E. Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Existe presencia de ansiedad y preocupación excesivas y de difícil control (expectativa hipocondriaca) acerca de variados eventos o actividades (Ejemplo, conflictos escolares / laborales). Se acompaña de síntomas como la inquietud / sensación de nerviosismo o tensión muscular. (12)

Katzman et al. (12) además refiere que la subutilización de los criterios diagnósticos para cada trastorno de ansiedad probablemente aporta a las altas tasas de diagnóstico incorrecto en el escenario de la práctica clínica. Quizá ocasionado por el personal sanitario que pudiera emplear sus moldes internalizados para señalar una presentación individual y no aplicar metódicamente los criterios diagnósticos para los trastornos de la salud mental (38).

#### **2.2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Se debe distinguir los trastornos de la ansiedad de los otros trastornos psiquiátricos o de otras categorías médicas. Se utilizarán los criterios del DSM-5 para poder distinguir cada trastorno de ansiedad específico. Es recomendable también diferenciar de un síntoma de ansiedad que puede ser expresión de otra enfermedad, y recordar que es muy frecuente la coexistencia de más de un trastorno mental en una persona, pero, siempre se tiene que dar la prioridad de individualizar el manejo (31).

Los síntomas que se deben al efecto fisiopatológico de una enfermedad, no se demuestran mejor por otra condición y no acontecen solo durante el delirio. Los trastornos que pueden exhibirse con prominentes síntomas de ansiedad incluyen trastornos de origen cardiopulmonar (por ejemplo, asma), origen endocrino (por ejemplo, enfermedad de la tiroides) y origen neurológico (por ejemplo, convulsiones parciales complejas), entre otros. El diagnóstico diferencial es posible con un historial médico y examen físico minuciosos y cuando se justifique, el dosaje específico en sangre (por ejemplo, niveles de hormona estimulante de la tiroides) u otras pruebas (por ejemplo, electrocardiograma o electroencefalograma). (39)

#### **2.2.6. CRIBADO, CRIBAJE O DESPISTAJE.**

El cribado inespecífico para el trastorno de ansiedad en personas adultas es posible conseguir utilizando test “Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)”, el cual es un cuestionario de 7 items (40) escrito inicialmente en inglés, pero, ahora se dispone en varios idiomas diferentes. La escala GAD-7 evalúa los síntomas en las últimas 2 semanas, la mayoría de los pacientes con puntuaciones altas de síntomas presentan síntomas crónicos. (40)

La escala de GAD-7 puede reconocer el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (41), y es capaz de reconocer cualquier trastorno de ansiedad con una apropiada sensibilidad y especificidad, haciendo falta más estudios. La GAD-7 también mide gravedad excelentemente. Múltiples dominios de Discapacidad Funcional y días de discapacidad están muy relacionados con puntajes altos en el GAD-7. La depresión se ha encontrado en muchos

pacientes con ansiedad, sin embargo, representan dimensiones distintas.

(41)

El Trastorno de Ansiedad Generalizada pertenece a los más frecuentes trastornos mentales en la práctica ambulatoria; si bien el GAD-7 se centra en identificar el Trastorno de Ansiedad Generalizada, puede ayudar a identificar cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad, y los diagnósticos posibles deben ser corroborados por una evaluación adicional. (40)

### **Interpretación de los resultados del test GAD-7**

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, puntuación total entre 0 y 21. Hay la necesidad de consulta con un profesional de la salud con una puntuación de 10 o superior (42).

La escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) es utilizada para evaluar problemas o síntomas de ansiedad en contextos clínicos y en población general. Es una adaptación de la versión inglesa de Spitzer RL et al, y fue adaptada y validada al español por García-Campayo J et al (43) quienes obtuvieron coeficiente alpha de Cronbach de 0,93, al corte de 10 puntos, se encontraron valores de sensibilidad de 86,8% y de especificidad de 93,4%. Además, la escala correlacionó significativamente con las escalas HAM-A, HADS y WHO-DAS II (43). Fue validada en Perú, tiene buena consistencia interna (Crombach= 0.92) y fiabilidad test-retest (correlación intraclass=0.83). Fue utilizada en Colombia (44), fue utilizada por Condori Y (45) en Arequipa el año 2020 con 30% de



prevalencia de ansiedad y en Lima en estudiantes universitarios por Saravia B. et all (46) el año 2020. (Anexo N° II)

### **2.2.7. PREVENCIÓN.**

Una revisión de 59 estudios sobre brotes víricos como la epidemia de SARS y la pandemia de COVID-19 identificó múltiples factores de riesgo y de protección para los problemas psiquiátricos en los trabajadores sanitarios (47):

**Factores de riesgo** - El factor de riesgo más consistente en todos los estudios fue el mayor contacto con pacientes afectados. Otros predictores consistentes fueron un historial previo de síntomas/trastornos psiquiátricos y/o enfermedades médicas generales, pasar un tiempo prolongado en cuarentena, percibir la falta de apoyo organizativo y percibir el estigma social dirigido a los trabajadores sanitarios. (47)

**Factores de protección** - En todos los estudios, el factor que más consistentemente disminuyó el riesgo de resultados psicológicos adversos en los trabajadores de la salud fue el acceso al equipo de protección personal. Otros factores de protección consistentes fueron el apoyo de los compañeros, el acceso a intervenciones psiquiátricas y la confianza en las medidas de control de infecciones de la institución, así como la comunicación clara de los supervisores y el tiempo libre adecuado. (47)

Craske et. al. (31), plantearon que la causa por la cual la prevención de la ansiedad ha sido puesta en prioridades posteriores respecto a otras situaciones, como la depresión, es posiblemente por la tendencia a la cronicidad de los trastornos de ansiedad. (Anexo N° III )

No obstante, García-Campayo et. al. (48) reportaron que las acciones de prevención se han enfocado primero en la población joven por la aparición temprana de la mayoría de los trastornos de ansiedad (49), y posteriormente hacia adultos y personas de edad avanzada.

No hay evidencia de efectos en intervalos largos de tiempo de las intervenciones de prevención, sin embargo, Teubert (50) demostró la existencia de resultados pequeños y significativos en la prevención de trastornos de ansiedad, y Fisak (51) reportó el alcance del efecto preventivo por más de doce meses.

#### **2.2.8. MANEJO.**

Segun Katzman, et al. (37) la Guía de Práctica Clínica Canadiense para el manejo de Ansiedad, Estrés Post Traumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo, recomienda para el tratamiento de ansiedad:

##### **Tratamiento psicológico y farmacológico.**

Hay dos formas de tratar la ansiedad y sus trastornos relacionados: psicoterapia y/o farmacoterapia. Es primordial que los pacientes con diagnóstico de algún tipo de ansiedad, previo a la elección de un tratamiento se le instruya respecto a su trastorno, eficacia del tratamiento, explicarles que tomará algún tiempo lograr el efecto terapéutico esperado. También se debe brindar información sobre la tolerancia de las opciones de tratamiento, los factores que empeoran y las señales de recaída, así como dar a conocer que existen diversas fuentes de autoayuda que pueden emplear adicionalmente como libros o recursos online. (37)

Para elegir un tratamiento psicológico o farmacológico es muy importante considerar otras circunstancias para que haya una buena adhesión al tratamiento, como la predilección entre un recurso de apoyo sobre otro, que motivarán que tenga mayor participación del paciente para involucrarse en el tratamiento (37). Otros factores que se deben considerar es el nivel de ansiedad que presente, la experiencia y destreza del profesional de salud tratante, la disponibilidad de fármacos y de recursos psicológicos, respuestas anteriores del paciente al tratamiento y si existiera alguna comorbilidad u otro trastorno mental. (37)

### **Descripción general del tratamiento psicológico.**

El tratamiento psicológico es esencial en el manejo de la ansiedad incluso si no se decide seguir como tratamiento psicológico propiamente dicho, los pacientes deber ser instruidos y animados a afrontar sus temores (Anexo N° IV). Hay evidencia de la eficacia de tratamientos psicológicos de forma individual o grupal y se debe considerar aquellas formas de terapia que hayan sido evaluadas más a fondo en cada tipo específico de trastorno de ansiedad. Se basa principalmente en Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) y protocolos que se basan en la exposición, como también Terapias Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT). (37)

“La TCC no es un enfoque único de tratamiento sino, un proceso que se centra en abordar los factores que causaron y mantienen los síntomas de ansiedad del paciente individual.” (37)

La TCC encarará los factores que causaron y mantienen los síntomas de ansiedad del paciente, es eficaz como terapia individual o grupal para la mayoría de los trastornos de ansiedad, y su modo de intervención puede ser con o sin contacto mínimo con el terapeuta o autodirigida a través de libros de autoayuda y programas online como la terapia de exposición en realidad virtual que el paciente podría recurrir si presentara situaciones desfavorables de acceso a exposición en forma real, o por la preferencia del recurso de apoyo. (37)

La psicoterapia y la farmacoterapia presentan una eficacia similar para la mayoría de los trastornos de ansiedad. La terapia combinada resultará más efectiva para unos trastornos específicos de ansiedad respecto a otros y actualmente, no se recomienda como tratamiento inicial. Las circunstancias en las cuales se puede emplear terapia combinada son cuando los pacientes no muestran mejoría o tienen respuesta limitada con la TCC, o cuando ocurre que los avances del tratamiento farmacológico son limitados. (37)

### **Revisión del tratamiento farmacológico.**

Esta sección proporciona una descripción general de algunos de los agentes farmacológicos comúnmente recomendados.

Al igual que la psicoterapia, se debe motivar al paciente que exclusivamente recibe tratamiento farmacológico, a que afronte sus temores gradualmente con el fin de aminorar la evitación. (37)

Para cada trastorno de ansiedad específico, se escogerá el medicamento más apropiado (Anexo N° V), de acuerdo a la evidencia de la eficacia,

seguridad y tolerabilidad, considerando también las enfermedades comórbidas si existiesen, así se use de forma aguda o como tratamiento prolongado (37). Entre los principales medicamentos usados se encuentran:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Antipsicóticos Atípicos
- Anticonvulsiantes

### **Antidepresivos:**

Han mostrado cierta eficacia en el tratamiento de la ansiedad. Se incluyen:

- ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina.
- IRSN: Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina.
- ATC: Antidepresivos tricíclicos.
- IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa A.
- NaSSa: Antidepresivos noradrenérgicos y Serotoninérgicos Específicos.

Los ISRS e IRSN, son los fármacos más tolerados, seguros, con menor reacciones anticolinérgicas, toxicidad, letalidad y deterioro cognitivo y psicomotor; preferidos como tratamientos iniciales. Los IMAO generalmente se usan como tratamiento de 2da o 3era línea, pues a parte de los efectos secundarios, tienen interacciones medicamentosas y restricciones dietéticas. (37)

- Los efectos más molestos y frecuentes reportados son disfunción sexual, somnolencia, fatiga, aumento de peso. Entre otros efectos adversos encontramos cefalea, molestias gastrointestinales,

irritabilidad, temblor, aumento de la ansiedad. Generalmente las reacciones secundarias suelen presentarse de modo temporal y temprano durante los primeros catorce días de tratamiento, no obstante, la disfunción sexual y la ganancia de peso puede continuar mientras se administre el tratamiento. (37)

- También los ISRS e ISRN se han relacionado con mayor riesgo de presentar hemorragia digestiva alta cuando se usan junto a AINES, disminución de densidad ósea, aumento del riesgo de fracturas y nivel sérico de sodio bajo. Su interrupción abrupta puede ocasionar Síndrome de Interrupción, asociado a síntomas gastrointestinales, psiquiátricos, vasomotores, entre otros. (37)

La Food and Drug Administration (FDA), advierte que los antidepresivos deben ser usados cautelosamente, pues se ha presentado un riesgo de ideación y comportamiento suicida mayormente en niños y adolescentes, seguido en adultos. (37)

### **Ansiolíticos:**

Las benzodiazepinas se usan como terapia adyuvante al inicio del tratamiento, específicamente durante una crisis o agitación aguda, o mientras se espera que actúen eficazmente los antidepresivos. (37)

- Se restringe su administración a un periodo corto de tiempo y a un dosaje de forma regular por el especialista de salud mental, pues entre sus efectos adversos se encuentra sedación, fatiga, ataxia, dificultad para hablar, deterioro cognitivo (de la memoria), debilidad. (37)

- El deterioro cognitivo puede persistir después de detener su administración. El deterioro psicomotor en las personas de edad avanzada puede aumentar el riesgo de caídas y fracturas. Se relacionan con reacciones de abstinencia, rebote y dependencia, y el riesgo es mayor con los agentes de acción corta e intermedia. (37)

### **Antipsicóticos Atípicos:**

Generalmente recomendados como tratamiento de segunda línea o tercera línea o adyuvantes. Sus principales efectos secundarios son las alteraciones metabólicas y su efecto sedante. A nivel cognitivo, refieren mejoras con su uso, mientras que otro mayor deterioro cognitivo, en comparación con aquellos que no los usan. (37)

- Se ha reportado alteraciones en los niveles de glucosa y lípidos, con riesgo de ganancia de peso y diabetes. Entre los antipsicóticos involucrados que presentan mayores alteraciones metabólicas se encuentra a la Olanzapina, seguido de Risperidona y Quetiapina, en menor grado la Aripiprazol, Asenapina, Lurasidona y Ziprasidona. (37)
- Entre los fármacos que causan mayor sedación se encuentra la Quetiapina, Clozapina, Asenapina y Olanzapina; y en menor grado Ziprasidona, Risperidona, Lurasidona o Aripiprisol (37).

### **Anticonvulsiantes:**

También son recomendados como segunda o tercera línea o adyuvantes por sus efectos secundarios, datos limitados de estudios controlados aleatorizados, también se ha demostrado su eficacia en algunos trastornos de ansiedad y trastornos relacionados. (37)

- Los efectos secundarios más comunes son los gastrointestinales, somnolencia, aumento de peso, temblor. También se han reportado reacciones dermatológicas como Síndrome de Stevens-Johnson, Eritema Multiforme, riesgo de erupción cutánea grave, necrólisis epidérmica tóxica. Así como reacciones hematológicas. Los pacientes que usen Divalproex, necesitan un control regular de su dosificación sérica y de la función hepática. (37)

### **2.2.9. SEGUIMIENTO.**

Considerando la cronicidad que caracteriza el trastorno de ansiedad, se debe enfocar el tratamiento de forma integral, teniendo como pilares la educación del paciente, evaluación de las comorbilidades y valorar que la farmacoterapia y psicoterapia se basen en evidencias, esto unido a un seguimiento adecuado, pueden irse evidenciando el alivio de los síntomas y/o su remisión en el tiempo (37).

#### **Consideraciones en la Farmacoterapia.**

El inicio del alivio de los síntomas, usando la farmacoterapia, se presentará 2 a 8 semanas después y la respuesta completa demora hasta 3 meses o más. La terapia prolongada se ha asociado con una mejoría de la sintomatología progresiva y prevención de recaída y debe continuarse frecuentemente por lo menos entre 1 a 2 años. (37)

Se debe iniciar en dosis a niveles bajos y regularse cada 1 a 2 semanas durante cuatro a seis semanas, hasta alcanzar el rango de dosis



recomendado, una vez logrado hay mejoría entre las próximas 8 semanas. Posteriormente el seguimiento es más espaciado, mensualmente. (37)

### **Consideraciones en la Psicoterapia.**

El seguimiento debe realizarse de forma semanal con el especialista de salud mental durante 2 a 5 meses. Luego el seguimiento se realiza después de un mes y luego más espaciado cada 2 o 3 meses. (37)

Para un paciente que se somete a psicoterapia, el programa de tratamiento se estructura entorno al contacto semanal con un terapeuta durante aproximadamente 12 a 20 semanas, aunque, también se han demostrado eficaces protocolos más cortos y programas de intervención mínima. Suele ser conveniente una cita de seguimiento un mes después y luego cada dos o tres meses. (37)

### **Evaluación de la respuesta al tratamiento.**

La meta del tratamiento es aliviar los síntomas de ansiedad. Lo óptimo que se puede lograr es la desaparición completa de la sintomatología, y regresar al nivel de funcionamiento premórbido. (37)

En el caso que el paciente no presentase un adecuado funcionamiento premórbido y que el trastorno de la ansiedad lo presentase desde edades tempranas de la vida, los objetivos se tienen que individualizar, y la respuesta a la terapia se puede medir como una resolución entre 25 y 50% de los síntomas. (37)

La remisión de la enfermedad en pacientes recuperados estará caracterizada por la falta del estado descrito en el diagnóstico, bajo puntaje en los criterios para el trastorno específico, y ausencia de deterioro funcional evaluado mediante una Escala de discapacidad de Sheehan o SF-36. El paciente puede ser evaluado mediante por ejemplo una Escala de Impresión Clínica Global (CGI) en cada cita, para evaluar su progreso (37).

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

### **2.3.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).**

Según el DSM-5, es un estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación, se caracteriza por dificultad en concentrarse o lograr mente en blanco. (52)

Los pacientes diagnosticados con TAG frecuentemente manifiestan quejas cognitivas y una falta de confianza respecto a su rendimiento cognitivo, como resultado presentan disfuncionabilidad a nivel ocupacional, además se ha reportado que los pacientes con TAG tienen confianza disminuida en sus funciones cognitivas y mayor autoconciencia (discriminar entre el bien y el mal) con respecto a ellas. (52)

### **2.3.2. MODELO DE REGULACIÓN EMOCIONAL COGNITIVA DE GARNEFSKY & KRAAIJ.**

Denota a las formas en que una persona normaliza sus emociones como un proceso implicado en reducir, mantener o aumentar la intensidad de emociones agradables o desagradables. (53)

Las cogniciones o procesos cognitivos se pueden presentar de dos formas, una de forma inconsciente, centrado en distorsiones de la memoria o de la realidad; y otra consciente, como el culpar a los demás, el reflexionar o el caer en la catastrofización de un evento. Los procesos cognitivos conscientes son una forma de poder manejar la ingesta de información que recibe una persona, a su vez esta manera de regulación emocional se daría a través de ciertas estrategias cognitivas o de afrontamiento cognitivo, ambos conceptos pueden entenderse de la misma forma ya que, se centran en el modo que una persona posee un mayor control sobre sus emociones durante y después de una experiencia amenazante o estresante por ello tienen la capacidad de abordarla mediante estrategias de afrontamiento cognitivo.(53)

### **2.3.3 AFRONTAMIENTO Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL**

Las estrategias de regulación emocional se vinculan con el concepto de afrontamiento.

El afrontamiento es un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que exceden los recursos de una persona. (54)

Se distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento: estrategias de afrontamiento centradas en el problema, y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

- **Estrategias de afrontamiento centradas en el problema:** Tiene como función resolver los problemas que el ambiente demanda del individuo, tiene que ver con el manejo interno o ambiental lo cual es interpretado como amenaza y delinea un quiebre entre la relación de la persona con el ambiente. Por tanto, tendrá que enfocarse analíticamente en los sucesos del entorno y a su vez encontrar estrategias para resolver los problemas internos del sujeto ante dichas situaciones.
- **Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción:** Tiene como función enfocarse en modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por la situación vivida por el sujeto, siendo sobresalientes las estrategias de afrontamiento centrado en el problema.

Dos tipos de estrategias que se cruzarían con las estrategias centradas al problema y la emoción; estas se basan en el afrontamiento mediante estrategias cognitivas (interpretaciones o pensamientos) que tiene una persona ante diferentes sucesos y, las estrategias conductistas, fundamentada como las acciones o reacciones que realizará la persona (37). Existe un modelo donde intentan separar las estrategias cognitivas de las conductuales, a fin de poder dar una vista de intervención más efectiva enseñando a las personas a realizar acciones más funcionales y conscientes una vez de medir las estrategias que usan de forma cognitiva. (54)

### 2.3.4 ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO.

Son formas cognitivas conscientes que corresponden a un estilo propio que usan los individuos para abordar la información de carácter emocional que recibe una persona del ambiente donde está sumergida en una situación de estrés (54). Todo ello cumple con el objetivo de equilibrar la intensidad de sus respuestas emocionales y demandas del entorno. Por tanto, las estrategias de afrontamiento son la clave de comprensión para saber qué ocurre después de una situación difícil ya que, sin un adecuado control es más probable desarrollar algún tipo de psicopatología. Esto se debe a la diferencia entre la cantidad de la actividad cognitiva y en el contenido de los pensamientos que usan las personas para regular sus emociones, por ello las personas serán más vulnerables a desarrollar una psicopatología al usar estrategias cognitivas disfuncionales en comparación con otras personas que usan estrategias cognitivas para tolerar o dominar las experiencias negativas de la vida.

En base a ello, se asocian las estrategias en dos grupos:

- **Estrategias de regulación emocional cognitiva disfuncionales:**  
Asociadas al afecto negativo e interferencia emocional, tal es el caso de las siguientes estrategias de regulación emocional cognitiva: Culpar a otros, autoculparse, rumiación (tendencia en pensar de forma repetitiva y pasiva frente a situaciones de incertidumbre focalizando reiteradamente la atención en las emociones negativas), catastrofización. (54)

▪ **Estrategias de regulación cognitiva emocional funcional:**

Asocia a estrategias ligadas al afecto positivo y al bienestar: Aceptación, focalización positiva, focalización en los planes, reinterpretación positiva, poner en perspectiva. (54)

### **2.3.5 PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA.**

Según el portal sanitario de Rioja (59) es aquel que “tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades la atención directa de pacientes COVID (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV2”. “Este grupo de población también está priorizado por los principios de beneficio social y reciprocidad”.

Personal en el ámbito sanitario que trabaja de cara al paciente, en los siguientes entornos (incluidos los que desempeñan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios del tipo administrativo, limpieza, voluntariado, etc.):

- Unidades, consultas o circuitos COVID.
- Puertas de entrada de pacientes agudos a los servicios de salud (servicios de admisión, urgencias, emergencias, atención primaria, servicios de prevención de riesgos laborales, instituciones penitenciarias y cualquier especialidad que reciba pacientes agudos). También personal de unidades móviles de atención directa a pacientes COVID-19.
- Transporte sanitario urgente.

- Servicios de cuidados intensivos u otras unidades que asuman estas funciones en caso necesario.
- Cualquier servicio de cuidado no intensivo donde se realicen procedimientos que puedan generar aerosoles.
- Servicios y unidades con pacientes de alto riesgo (oncología, hematología, etc.).
- Servicios centrales donde se toman y manipulan muestras que potencialmente pueden contener virus viables.
- Personal sanitario de salud pública que trabaja en la gestión directa de la pandemia y en función de su riesgo de exposición, y personal de los equipos de vacunación, incluyendo a aquellas personas de salud laboral y medicina preventiva que van a participar en la administración de las vacunas frente a COVID-19. (55)

### **2.3.6 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Cualquier servicio de cuidado sanitario de menor complejidad (56) que brinden actividades de salud simples durante la pandemia COVID-19 (ejemplo: desde inyectables, primeros auxilios hasta atención médica), con/sin internamiento, con/sin categorización oficial del MINSA, público o privado, con personal - no médico y/o voluntarios civiles, auxiliares, técnicos, profesional no médico y/o médicos (Anexo N° VI). (57)

### 2.3.7 RECURSOS PARA AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

“Los recursos de un individuo forman parte de su capacidad emocional, que está integrada con su red social. Este es un factor fluctuante, con aumento de las posibilidades de crisis conforme avanza la edad.” (58)

“**Los recursos emocionales** son un grupo de características genéticas y fisiológicas que abarcan las habilidades y capacidades psicológicas del individuo, usualmente basadas en experiencias, para resolver el estrés que origina un problema. Estos recursos emocionales permiten soportar las presiones del estrés, angustia y sentimientos depresivos, además de tener la confianza en si mismo que ayuda a definir con claridad la realidad, precisar objetivos y emprender acciones eficaces. Cuando estos recursos no bastan para soportar la tensión, es frecuente que el individuo sucumba al estrés. y manifieste conductas inadaptativas. **Los recursos sociales** son la suma de las relaciones del individuo; forman una red de vínculos sociales con individuos y grupos de las que deriva apoyo emocional.” (58)

“Al enfrentar un evento estresante, el individuo por lo común apela en primer término a su reserva de mecanismos emocionales internos, a fin de resolver el problema. Cuando estos mecanismos fracasan, es usual que utilice el apoyo de su red social. Esta estrategia de resolución de problemas, basada primeramente en los recursos personales y después en los sociales, es el patrón de conducta generalizado, que emplea la mayoría de las personas. Sin embargo, quienes padecen enfermedades mentales con frecuencia tienden a basarse inicialmente en los recursos sociales y, si éstos fracasan, recurren a sus propios recursos emocionales.” (58)



“Se ha observado que la calidad de la red social de una persona y el contexto sociocultural en que ésta actúa son factores determinantes significativos de su conducta de resolución en crisis. La red social puede ser una fuerza importante en la conservación de ciertas formas de conducta o en la determinación del grado y dirección de los cambios. Sean cuales fueren los cambios, dicha red puede apoyarlos o no y facilitar o no los esfuerzos de adaptación, según los valores sociales y culturales aplicables a la situación.” (58)

“La red social o sistema de apoyo se ha definido también como un grupo de individuos que ejercen influencia mutua en sus propias vidas para satisfacer necesidades humanas específicas. Esta es la fuente de amor, afecto, respeto, aprobación y definición de sí mismo para la persona. Los vínculos en una red de apoyo social dependen del tipo y calidad de comunicación entre sus miembros. De tal manera, si se emplea este concepto en las actividades terapéuticas, el profesional de salud mental debe buscar:

- La creación de un ambiente de confianza y una actitud abierta entre los miembros de la red social;
- La facilitación de la relación entre los actores del sistema;
- El examen de la conducta de una persona a la luz de su sistema de apoyo, con enfoque en la manera de cambiar la primera si es necesario, y
- La realización de los cambios requeridos en la red social mediante la alteración de las relaciones entre sus miembros. (58)

En períodos de estrés, los individuos suelen emplear sistemas de apoyo formales e informales como ayuda para enfrentar sus problemas. Un ejemplo del uso de apoyos formales es el caso de los trabajadores de un instituto de salud mental que, al sufrir presión intensa en su trabajo, deciden mejorar formalmente los canales de comunicación entre ellos. Esto se logra mediante reuniones de grupo periódicas, ideadas para aumentar la expresión de sentimientos, compartir el apoyo y brindarse consejo y retroalimentación, a fin de enfrentar de manera más eficaz las tensiones del trabajo”. (58)

En nuestro medio se han identificado los siguientes recursos de apoyo: grupo de apoyo para profesionales de salud en línea o presencial, asesoramiento psicológico individual de forma presencial o en línea, grupos de bienestar general en línea, visualizando videos de bienestar.

### **3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

**H0:** No hay asociación entre ansiedad y características de los trabajadores, estrategias y preferencias de recursos de afrontamiento en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, junio 2021.

**H1:** Hay asociación entre ansiedad y características de los trabajadores, estrategias y preferencias de recursos de afrontamiento en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, junio 2021.

#### **3.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

##### **3.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE.**

- Ansiedad

##### **3.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.**

- Edad
- Sexo
- Profesión
- Tiempo de servicio
- Escenario donde labora
- Infección por COVID-19
- Estrategias de afrontamiento
- Recursos de afrontamiento

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición	Valor
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>						
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (59).	Se tomó en cuenta la edad que el profesional de salud registró en la encuesta, expresada en años y en número arábigos.	Se dejó un espacio para que el encuestado complete.	Cuantitativa	Discreta	Lo asigna el encuestado
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (60).	Se tomó en cuenta el género (femenino, masculino) que el profesional de salud registró en la encuesta.	Femenino	Cualitativa	Nominal	0
			Masculino	Cualitativa	Nominal	1

Profesión	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución (61).	Se tomó como referencia la categoría profesional (Médico, enfermero, técnico u otro) que el trabajador de salud registró en la encuesta.	Técnico	Cualitativa	Nominal	0
			Enfermero	Cualitativa	Nominal	1
			Médico	Cualitativa	Nominal	2
Tiempo de servicio	Periodo de tiempo que tiene un trabajador en vida útil laboral.	Se considera los años cumplidos desde que ingresó a trabajar en su establecimiento de salud.	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreteta	Lo asigna el encuestado

Escenario donde labora	Espacio geográfico donde se desempeña una persona.	Se considera respecto al establecimiento de salud (si es dentro o fuera de este).	-Intramural=1	Cualitativa	Nominal	1
			-Extramural=2	Cualitativa	Nominal	2
<b>ANTECEDENTES</b>						
Infección por COVID-19	Historial de infección previa por COVID-19.	Se tomó en cuenta la respuesta del encuestado respecto a que si presentó o no infección previa de COVID-19 mediante prueba rápida o molecular.	Sí	Cualitativa	Nominal	1
			No	Cualitativa	Nominal	0
<b>OTRAS VARIABLES</b>						

Nivel de Ansiedad	El TAG se caracteriza por preocupación excesiva acerca de varias actividades y eventos que están presentes durante más días de la semana que los que no los presente a través de $\geq 6$ meses. (63)	Se usó la versión española de la escala Generalized Anxiety Disorders-7 (Escala GAD-7) para determinar el nivel de ansiedad. Se tomó en cuenta la frecuencia (Nunca=0, menos de la mitad de los días=1, más de la mitad de los días=2, y casi todos los días=3) que marcó con una "x" el encuestado según lo expresado de cada ítem. Los puntos de corte son: 5 para ansiedad leve, 10 para ansiedad moderada y 15 para ansiedad grave.	Sin ansiedad	Cualitativa	Ordinal	0
			Ansiedad leve	Cualitativa	Ordinal	1
			Ansiedad moderada	Cualitativa	Ordinal	2
			Ansiedad grave	Cualitativa	Ordinal	3

Estrategias de afrontamiento	Son las conductas que usan para regular su estado emocional, con el fin de tratar de disminuir, prevenir o desaparecer los síntomas frente a un evento adverso o negativo.	Se tomó en cuenta las estrategias de afrontamiento (ejercicio, terapia de conversación, yoga, práctica basada en la fe/espiritualidad, meditación, grupo de apoyo virtual, ninguno) que el encuestado usó para afrontar una situación negativa o adversa y que marcó con una "X".  También hubo la opción para que especifique cualquier otra estrategia de afrontamiento que no esté descrita.	Ejercicio / actividad física	Cualitativa	Nominal	1
			Yoga	Cualitativa	Nominal	2
			Meditación	Cualitativa	Nominal	3
			Terapia de conversación	Cualitativa	Nominal	4
			Práctica basada en la fe/espiritualidad	Cualitativa	Nominal	5
			Grupo de apoyo virtual	Cualitativa	Nominal	6
			Otros	Cualitativa	Nominal	7
			Ninguno	Cualitativa	Nominal	0



Recursos de afrontamiento	Son una red de vínculos sociales con individuos y grupos de las que deriva apoyo emocional.	Se tomó en cuenta los recursos de apoyo (Grupo de apoyo para profesionales de salud en línea, asesoramiento autoguiado con acceso al terapeuta, asesoramiento/terapia individual, grupo de bienestar general en línea, video de bienestar mental, ninguno) que el encuestado estaría interesado en recibir para poder afrontar una situación negativa o adversa, y, usando una escala Likert, marcó con una “X” de acuerdo al interés que le causó:	Asesoramiento/ Terapia Individual Tradicional (presencial)	Cualitativa	Ordinal	0
						1
						2
						3
		Asesoramiento guiado con acceso al terapeuta, vía online	Cualitativa	Ordinal	0	
					1	
					2	
					3	
		Grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online	Cualitativa	Ordinal	0	
					1	
					2	
					3	

		0 =No interesado, 1= Algo interesado, 2= Bastante Interesado,3=Extremadamente interesado.	Video de bienestar mental	Cualitativa	Ordinal	0
						1
						2
						3
		Grupo de bienestar general, vía online	Cualitativa	Ordinal	0	
					1	
					2	
					3	

## **4. CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1. OBJETO DE ESTUDIO**

Ansiedad

### **4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es de tipo epidemiológico descriptivo transversal analítico, estos estudios puntualizan las características de la población que se está estudiando con el objetivo de describir la naturaleza de un segmento demográfico de manera transversal de prevalencia o de corte y estudian simultáneamente los casos existentes y los factores de riesgo, intentando establecer una relación causal, en inglés se denominan: cross sectional studies o surveys. Es el equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema. Se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron, para poder representar cuáles son los niveles de ansiedad que predominan según la edad, sexo, profesión del encuestado, establecimientos de procedencia perteneciente a los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, Junio 2021.

Además, para poder establecer relaciones de asociación entre las variables de ansiedad y características de los trabajadores, según el tipo de variables, se relacionan dos o más variables para determinar asociaciones; asimismo, se planteó determinar asociación entre las variables de estrategias de afrontamiento, preferencias de recursos de apoyo y el nivel de ansiedad que presentan los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, junio 2021.

### 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.3.1. POBLACIÓN.

Todos los trabajadores de salud del primer nivel de atención, Cajamarca, Junio 2021, está constituida por 179 trabajadores de salud, los cuales se distribuyen en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

#### 4.3.2. MUESTRA.

Si la población es finita, es decir, conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total es nuestra muestra, se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

donde: N = Total de la población = 179 trabajadores.

$Z_a^2 = 1.96^2$  (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% se estima  
máxima muestra representativa = 0.5)

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

La muestra calculada de todos los trabajadores de salud de Cajamarca del primer nivel de atención de salud que han intervenido durante la pandemia COVID-19, y que están presentes al momento del estudio, que se realizó en el mes de Junio 2021, son **122** trabajadores. (Calculada con software EpiInfo 7.2.4.0 módulo STATCALC/Population Survey: con

intervalo de confianza 95%, Frecuencia esperada 50%, Margen de error aceptable 5%, efecto de diseño 1.0, número de grupos 1).

**Estratificación de la muestra:** La muestra se distribuye proporcionalmente por estratos debido a que la población se distribuye en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, entre ellas: MINSA (84), sector privado (23), Bomberos (8), EsSalud (4), Fuerzas Policiales (3). El total de la muestra fueron **122** trabajadores de salud. (Anexo N° VII)

#### **4.3.3. MUESTREO ESTRATIFICADO.**

Se aplicó un muestreo aleatorio simple al interior de cada estrato, para ello se elabora un marco muestral dentro de cada estrato y se procede a seleccionar aleatoriamente según el tamaño de muestra respectiva, para ello se aplica el software Epidat 3.1, saliendo elegidos los participantes según la siguiente secuencia descrita en el Anexo N° VIII.

### **4.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Cada una de las encuestas realizadas a los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, Junio 2021.

#### **4.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Todos los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, sin discriminación de edad ni sexo, que laboraron

en el periodo de estudio en los establecimientos de salud seleccionados y que han aceptado el consentimiento informado. Además, que estén presentes en el establecimiento al momento del estudio y que sus datos de encuesta estén completos. Cajamarca, Junio 2021.

#### **4.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Todos los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, sin discriminación de edad, sexo, que laboraron en el periodo de estudio en los establecimientos de salud seleccionados y que no han aceptado el consentimiento informado. También los trabajadores que no estén presentes en el establecimiento al momento del estudio. Además, se excluye las encuestas con datos incompletos. Cajamarca, Junio 2021.

#### **4.4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La técnica fue la encuesta realizada a los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, de los establecimientos de salud seleccionados. Cajamarca Junio 2021.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos, la cual consta de datos generales sobre los participantes y el cuestionario GAD-7 que ha sido validado en población peruana en el año 2015 por Zhong Q-Y et al (63) quien encuentra buena fiabilidad (alfa de Cronbach = 0,89). Una puntuación de corte de 7 o más alto, maximizando el índice de Youden, una sensibilidad del 73,3% y una especificidad de 67,3%, que concluyen

que esta versión en lenguaje español se puede usar en población peruana. Por lo que no fue necesario repetir esta validación en este estudio.

En cuanto al cuestionario de estrategias de afrontamiento y preferencias de recursos de afrontamiento, la confiabilidad se evaluó mediante Alfa de Cronbach, para ello se realizó la prueba piloto a 15 miembros del staf de enfermería de establecimiento de Baños del Inca arrojando un valor de Alfa de Cronbach de 0.82 que es adecuado, habiendo consistencia interna y externa del cuestionario. (Anexo N° IX)

#### **4.4.5 PROCEDIMIENTO.**

- ✓ Solicitud dirigida al Director de la Red de Salud de Cajamarca (Anexo N° X) para la autorización correspondiente de acceder a las instituciones del primer nivel de atención de su jurisdicción, Cajamarca Junio 2021.
- ✓ Solicitud dirigida a los Directores Médicos de E.S Privados, ESSALUD, bomberos y fuerzas policiales para que brinden facilidades para hacer el estudio.
- ✓ Se revisó el archivo de datos del personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, de los establecimientos seleccionados que se encontraban laborando en el periodo de estudio para construir el marco muestral.
- ✓ Se seleccionaron aleatoriamente por estratos según sector sanitario (MINSA, Privado, Bomberos, Essalud y Policía) de 122 trabajadores (IC 95%) a los que se aplicó el consentimiento informado (Anexo N°

XI) y luego la ficha estructurada (Anexo N° XII). Los datos de los encuestados en las fichas de recolección de datos diseñadas para este estudio, se digitaron en una base de datos elaborada en excell.xls, luego se procedió a realizar el análisis respectivo. (Anexo N° XIII)

#### **4.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

El análisis estadístico se realizó con el programa Excel, EpiInfo 7.2 y Epidat 3.1, y 4.1 y las variables se analizaron aplicando estadísticas descriptivas: Para variables cuantitativas medidas de tendencia central, para variables cualitativas tasas o porcentajes de distribución de frecuencias. Para probar hipótesis se contrastaron con pruebas de Ch2 según tipos de variables cualitativas que se comparen y pruebas de comparación de medidas de tendencia central con prueba T de student o estadístico F según tamaños de muestra o distribución de los datos respecto a la media para variables cuantitativas; se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95% o mayor (un nivel de  $p < 0,01$  altamente significativo y  $p > 0,05$  no significativo). Y el análisis se realizó teniendo en cuenta los antecedentes y bases teóricas.

#### **4.6 ASPECTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN**

- La privacidad se respetó durante la redacción de los hallazgos, no se realizaron ningún tipo de referencia que pueda identificar a los pacientes que forman parte de la muestra.
- Principio de confidencialidad: la información obtenida será utilizada exclusivamente para propósitos de la investigación y con absoluta reserva.



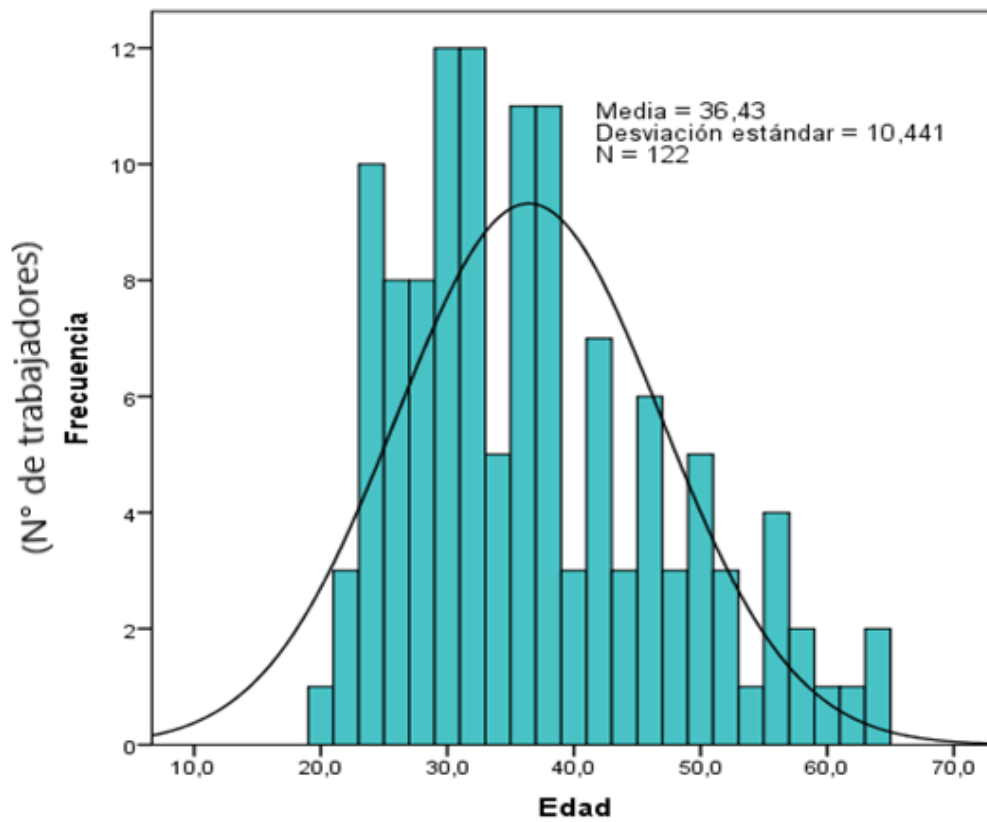
- La investigación, cumple con los cuatro principios fundamentales de la ética: Principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y Justicia.
- Para asegurar la información, comprensión y voluntariedad de la participación de los sujetos se elaboró un consentimiento informado el cual se entregó una copia a los participantes.
- Los resultados obtenidos serán entregados a la institución de donde se han obtenido los datos estudiados, para contribuir a implementar medidas preventivas y manejo a futuro de la ansiedad, respetando la voluntad de los participantes.

## 5. CAPÍTULO V: RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

De una población de 179 trabajadores se estudia una muestra de 122 trabajadores de salud del primer nivel de atención de Cajamarca (EpiInfo 7.2.4.0/STATCALC/Population survey: con intervalo de confianza 95%, frecuencia esperada 50%, margen de error aceptable 5%, efecto de diseño 1.0, número de grupos 1).

De 122 trabajadores seleccionados aleatoriamente, se encuentra una población joven y adulta predominantemente (Gráfico 01) con un 86.1% entre 20 a 50 años de edad; predominio de sexo femenino razón Mujeres/Varones=1.65 sobre todo en edad joven y adulta menor de 40 años (Gráfico 02), con edad promedio de 36.43 años (mediana 35 años, rango 20 a 64 años de edad, DE  $\pm 10.441$ ) y sin distribución normal en relación al promedio de edad, procedentes de establecimientos de salud de la provincia de Cajamarca y Cajabamba; respecto a aceptar a ser atendido si presenta ansiedad la mayoría lo autoriza en el consentimiento informado; el 79.5% se distribuye como personal profesional no médico, técnico y administrativo, el resto se distribuye entre médico, auxiliares y otros; cerca del 50% de trabajadores refiere ya haberse enfermado de COVID-19. (Tabla 01)



**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

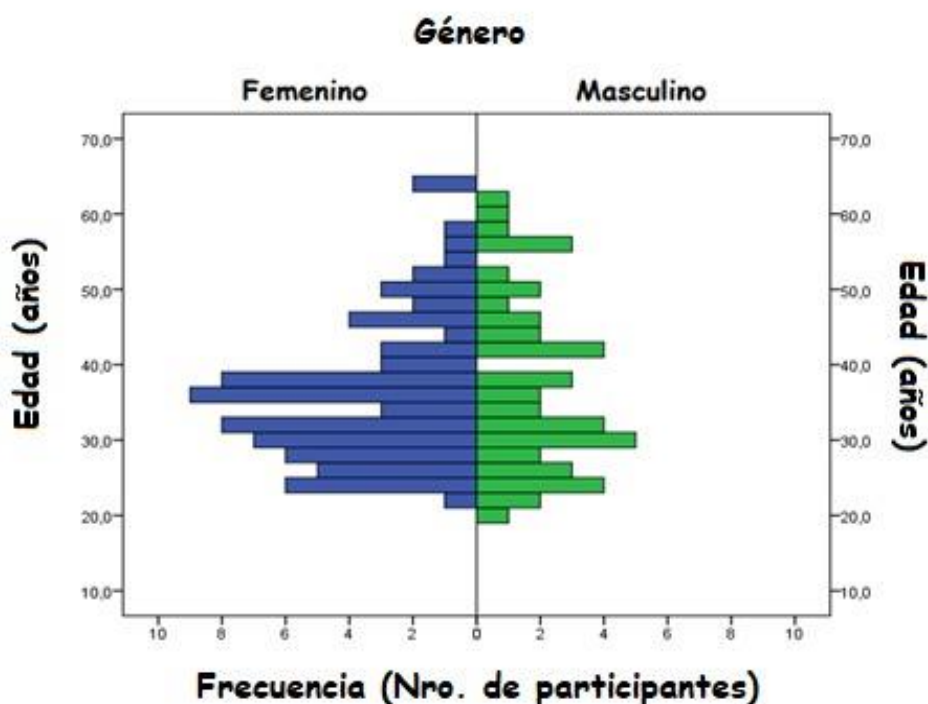
Estadístico de prueba 0,108

Sig. asintótica (bilateral) 0,001<sup>c</sup>

**Gráfico 01. Histograma de muestra de trabajadores de salud del primer nivel de atención según edad. Cajamarca, Junio 2021.**

**Tabla 01. Características de los trabajadores de salud del primer nivel de atención según sexo, edad, aceptación de atención, grupo profesional, y enfermedad por COVID. Cajamarca, Junio 2021.**

	<i>Total n=122(100%)</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Sexo</i></b>		
<i>Femenino</i>	76	62.3
<i>Masculino</i>	46	37.7
<b><i>Años de edad</i></b>		
<i>20 a 24</i>	14	11.5
<i>25 a 29</i>	22	18.0
<i>30 a 34</i>	23	18.9
<i>35 a 39</i>	24	19.7
<i>40 a 44</i>	11	9.0
<i>45 a 49</i>	11	9.0
<i>50 a 54</i>	7	5.7
<i>55 a 59</i>	6	4.9
<i>60 a 64</i>	4	3.3
<b><i>Acepta ser atendido si presenta ansiedad</i></b>		
<i>Sí</i>	88	72.1
<i>No</i>	34	27.9
<b><i>Grupo profesional de trabajadores</i></b>		
<i>Profes. salud no médico</i>	59	48.4
<i>Técnico</i>	22	18.0
<i>Administrativo</i>	16	13.1
<i>Médico</i>	15	12.3
<i>Auxiliar</i>	7	5.7
<i>Otros</i>	3	2.5
<b><i>Enfermó con COVID-19</i></b>		
<i>Sí</i>	58	47.5
<i>No</i>	64	52.5
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		



**Gráfico 02. Pirámide poblacional de muestra de trabajadores de salud del primer nivel de atención según edad y sexo. Cajamarca, Junio 2021.**

De 122 trabajadores que están presentes en 25 establecimientos del primer nivel de atención; la mayoría y casi similar proporción se encuentran en E.S categoría I – 4 y de E.S categoría I – 1, y en menor proporción en E.S categoría I -3 y de E.S categoría I – 2 (64); la mayoría pertenece a E.S. del MINSA y al sector privado, los demás se distribuyen entre bomberos, Essalud y fuerzas policiales; la mayoría brinda atención COVID-19; de los cuales, más del 50% de trabajadores acude a áreas COVID-19; la mayoría se desempeña en actividades intramurales y el resto extramurales; la mayoría de trabajadores labora menos de 8 años, el resto entre 9 a 35 años, en promedio laboran 4.75 años ( $DE \pm 6.88$ ) (Tabla 02, Gráfico 03). Además, coincidiendo con la pandemia COVID-19 en los últimos dos años se han incorporado trabajadores a predominio de sexo femenino (Tabla 02).

**Tabla 02. Características de los trabajadores de salud según establecimientos del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

	<i>Total n=122(100%)</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Establecimiento de procedencia según categoría (primer nivel de atención)</i></b>		
<i>I - 1</i>	41	33.6
<i>I - 2</i>	8	6.6
<i>I - 3</i>	29	23.8
<i>I - 4</i>	44	36.1
<b><i>Procedencia según sector de salud</i></b>		
<i>MINSA</i>	84	68.9
<i>Privado</i>	23	18.9
<i>Bomberos</i>	8	6.6
<i>Essalud</i>	4	3.3
<i>Fuerzas Policiales</i>	3	2.5
<b><i>Establecimiento según atención de COVID-19</i></b>		
<i>Sí</i>	88	72.1
<i>No</i>	34	27.9
<b><i>Trabaja en área COVID-19</i></b>		
<i>Sí</i>	66	54.1
<i>No</i>	56	45.9
<b><i>Escenario donde predomina su trabajo</i></b>		
<i>Intramural</i>	90	73.8
<i>Extramural</i>	32	26.2
<b><i>Tiempo que labora en establecimiento</i></b>		
<i>Menos de un año</i>	30	24.6
<i>1 año</i>	19	15.6
<i>2 a 3 año</i>	21	17.2
<i>4 a 9 años</i>	35	28.7
<i>Más de 10 años</i>	17	13.9
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

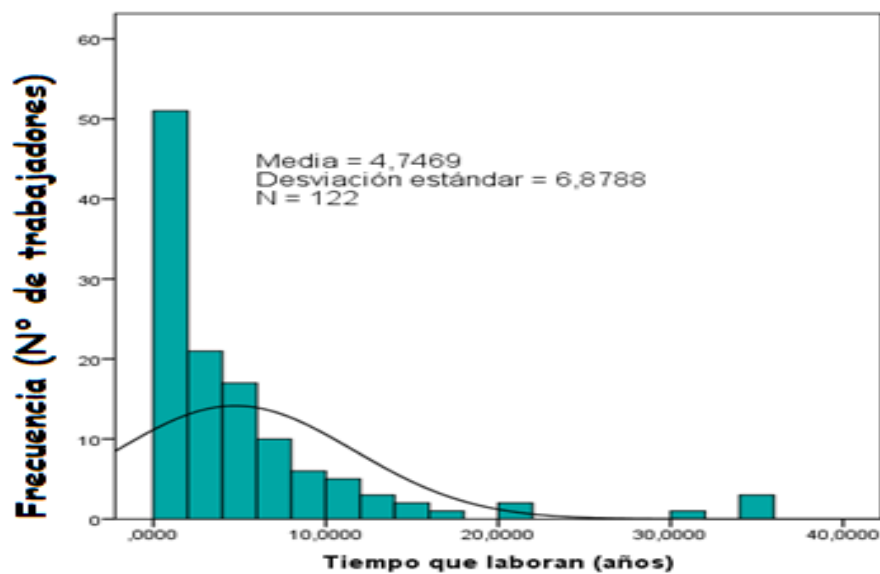


Gráfico 03. Histograma de muestra de trabajadores de salud del primer nivel de atención según tiempo que laboran en establecimientos de salud. Cajamarca, Junio 2021.

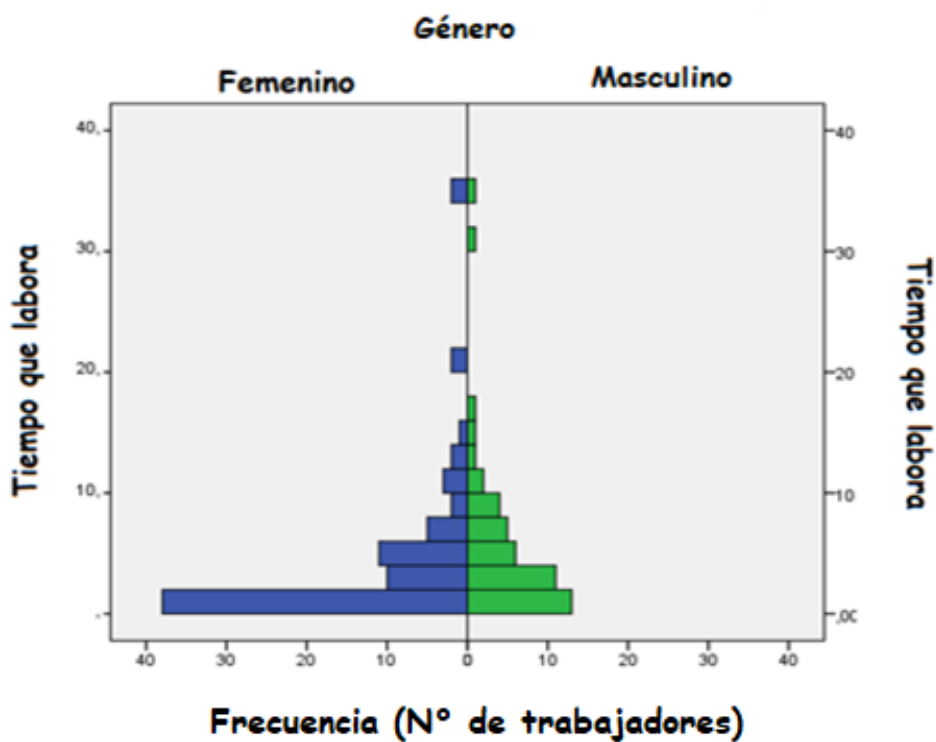


Gráfico 04. Pirámide poblacional de muestra de trabajadores de salud del primer nivel de atención según tiempo que labora (años) y sexo. Cajamarca, Junio 2021.

### 5.1.1 ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO.

Ante suceso negativos o displacenteros el 92.6% utiliza por lo menos una o más estrategias de afrontamiento; la mayoría utiliza el ejercicio o actividad física, seguido de la terapia de conversación, prácticas basadas en la espiritualidad y la fe, meditación; yoga, grupo de apoyo virtual, ninguno y otros respectivamente con menor frecuencia (Tabla 03). De los que realizan otras estrategias tales como escuchan música, leen; cantan, pasean, practican tai chi, tejen, practican videojuegos, se baña en pozos, baila, conduce, toma cerveza, trabaja, ve películas, ve televisión con menor frecuencia.

**Tabla 03. Estrategias utilizadas frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

<i>Estrategia</i>	<i>Total n=122 (100%)</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Ejercicio / actividad física</i>	80	65.6
<i>Terapia de conversación</i>	48	39.3
<i>Práctica basada en la fe/espiritualidad</i>	37	30.3
<i>Meditación</i>	20	16.4
<i>Yoga</i>	8	6.6
<i>Grupo de apoyo virtual</i>	8	6.6
<i>Ninguno</i>	9	7.4
<i>Otros</i>	27	22.1
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		



### **5.1.2 RECURSOS DE APOYO QUE ESTARÍAN INTERESADOS LOS TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ACUDIR FRENTE A UN SUCESO NEGATIVO O DISPLACENTERO.**

Dentro de los recursos de apoyo que el sistema de salud dispone y que estarían interesados los trabajadores de salud en acudir o utilizar frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, el 95.9% tiene algún nivel de interés por uno o más recursos de apoyo, la mayoría está interesado en tener asesoramiento o terapia individual tradicional (presencial con profesional, luego ver un video de bienestar mental y con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) respectivamente, con un grupo de apoyo para profesionales de salud vía online, con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad) - vía online y con tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta, vía online respectivamente con menor frecuencia. (Tabla 04)

**Tabla 04. Recursos de apoyo que estarían interesados de acudir frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

<i>Recursos de apoyo</i>	<i>Total 122 (100%)</i>			
	<b>Interesado</b>		<b>No interesado(a)</b>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Tener asesoramiento o Terapia Individual Tradicional (presencial con profesional)</i>	108	88.5	14	11.5
<i>Viendo un video de bienestar mental</i>	96	78.7	26	21.3
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional)</i>	96	78.7	26	21.3
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online</i>	89	73.0	33	27.0
<i>Con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online</i>	85	69.7	37	30.3
<i>Tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta, vía online</i>	82	67.2	40	32.8
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>				

Respecto al grado de interés por recursos de apoyo para acudir frente a un suceso negativo o displacentero se encuentra que varían con cada recurso de apoyo encontrándose la mayoría algo interesados, seguido de un grupo bastante

interesados, luego unos no están interesados y pocos en extremo interesados respectivamente (Tabla 05).

**Tabla 05. Grado de interés por recursos de apoyo para acudir frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

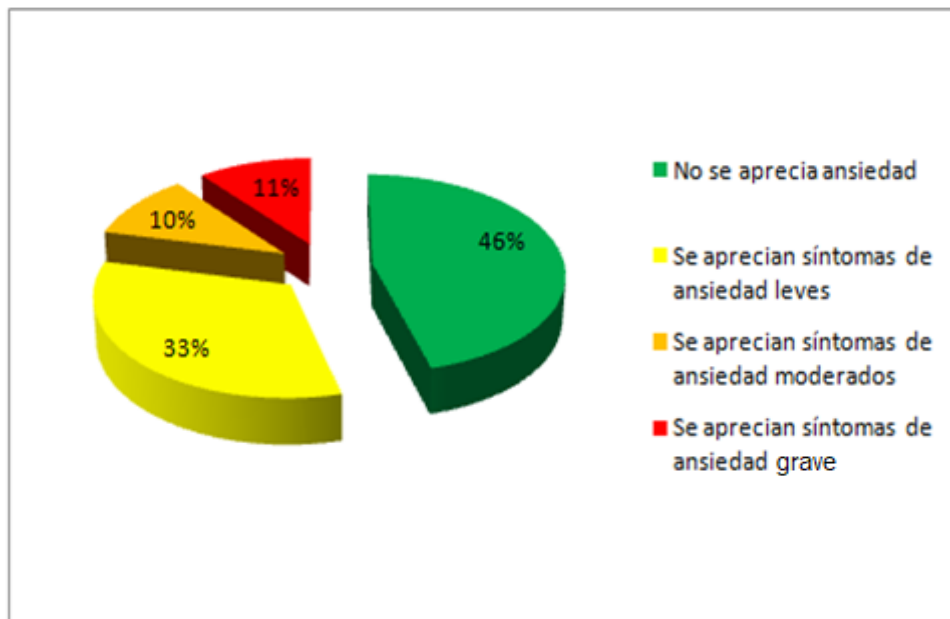
<i>Recursos de apoyo</i>	<i>Total 122 (100%)</i>							
	<b>No interesado</b>		<b>Algo interesado</b>		<b>Bastante interesado</b>		<b>En extremo interesado</b>	
	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	<b>(a)</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Tener asesoramiento o Terapia Individual Tradicional (presencial con profesional).</i>	14	11.5	52	42.6	38	31.1	18	14.8
<i>Viendo un video de bienestar mental.</i>	26	21.3	44	36.1	37	30.3	15	12.3
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional).</i>	26	21.3	44	36.1	35	28.7	17	13.9
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online.</i>	33	27.0	56	45.9	26	21.3	7	5.7
<i>Con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online.</i>	37	30.3	51	41.8	29	23.8	5	4.1
<i>Tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta, vía online.</i>	40	32.8	46	37.7	25	20.5	11	9.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>								

## 5.2 ANSIEDAD

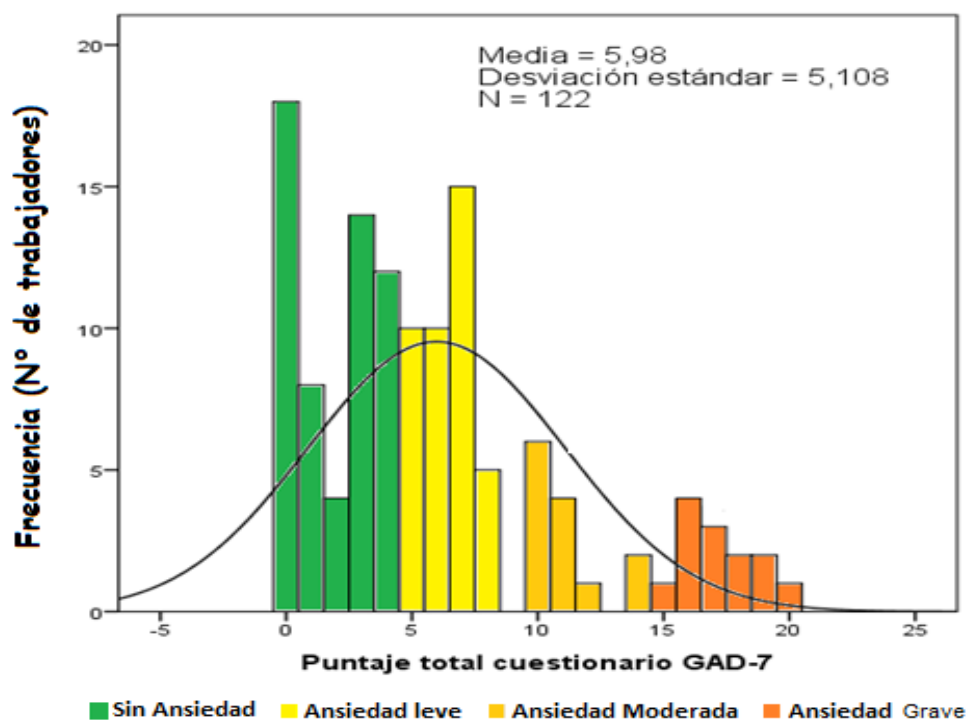
De los 122 trabajadores de salud del primer nivel de atención sometidos voluntariamente al test GAD-7 para identificar síntomas de ansiedad se encuentra un puntaje promedio de 5.98 (rango 0 a 20, DE  $\pm$  5.1, Mediana 5), una prevalencia del 54.1% de sintomatologías de ansiedad; de los cuales la mayoría tiene síntomas de ansiedad leve y el resto ansiedad moderada y grave respectivamente. De 26 casos de ansiedad que requieren atención especializada el 11.5 % no autoriza se reporte a especialista su caso (Tabla 06, gráfico 05 y gráfico 05a).

**Tabla 06. Prevalencia de síntomas de ansiedad en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Puntaje según test GAD-7). Cajamarca, Junio 2021.**

<i>Escala de ansiedad</i>	<i>n=122 (100%)</i>	<i>%</i>	
<i>No se aprecia ansiedad (0 – 4)</i>	56	45.9	
<i>Se aprecian síntomas de ansiedad leve (5 – 9)</i>	40	32.8	
<i>Se aprecian síntomas de ansiedad moderada (10 - 14)</i>	13	10.7	
<i>Se aprecian síntomas de ansiedad grave (15 – 21)</i>	13	10.7	
<b><i>Síntomas de ansiedad que requieren atención especializada</i></b>			
	Autoriza se reporte a especialista su caso		<b>Total</b>
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
<i>Se aprecian síntomas de ansiedad moderada</i>	10	3(11.5%)	13
<i>Se aprecian síntomas de ansiedad grave</i>	13	0	13
<b><i>Total, general</i></b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>26.0</b>
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>			



**Gráfico 05.** Gráfico de sectores sobre prevalencia de síntomas de ansiedad en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.



**Gráfico 05a.** Histograma sobre prevalencia de síntomas de ansiedad en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.

### 5.3 ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS

Se encontró mayor prevalencia de ansiedad en los trabajadores de salud que aceptan que se comunique a especialista su caso en relación con los que no aceptan ( $P=0.029$ ); no habiendo diferencias en cuanto a prevalencia de ansiedad y la edad, género, grupo ocupacional y antecedentes de tener COVID-19 ( $P>0.05$ ). (Tabla 07, Gráfico 06, Gráfico 06a)

**Tabla 07. Prevalencia de ansiedad y asociación con características de trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

	<b>ANSIEDAD</b>				<i>Total, n=122</i>	<i>100 %</i>	<i>Chi<sup>2</sup></i>	<i>Valor P</i>
	<i>SÍ n=66</i>	<i>100 %</i>	<i>NO n=56</i>	<i>100 %</i>				
<b><i>Acepta se comunique a especialista si presenta ansiedad</i></b>								
<i>SI</i>	53	80.3	35	62.5	88	72.1	4.77	<b>0.029</b>
<i>NO</i>	13	19.7	21	37.5	34	27.9		
<b><i>Años de edad</i></b>								
<i>20 a 24</i>	8	12.1	6	10.7	14	11.5	5.71	0.679
<i>25 a 29</i>	8	12.1	14	25.0	22	18.0		
<i>30 a 34</i>	13	19.7	10	17.9	23	18.9		
<i>35 a 39</i>	14	21.2	10	17.9	24	19.7		
<i>40 a 44</i>	7	10.6	4	7.1	11	9.0		
<i>45 a 49</i>	7	10.6	4	7.1	11	9.0		
<i>50 a 54</i>	4	6.1	3	5.4	7	5.7		
<i>55 a 59</i>	4	6.1	2	3.6	6	4.9		
<i>60 a 64</i>	1	1.5	3	5.4	4	3.3		
<b><i>Género</i></b>								
<b><i>Femenino</i></b>	45	68.2	31	55.4	76	62.3	2.12	0.15
<b><i>Masculino</i></b>	21	31.8	25	44.6	46	47.7		
<b><i>Grupo ocupacional de trabajadores</i></b>								
<i>Médico</i>	9	13.6	6	10.7	15	12.3	2.19	0.822
<i>No médico</i>	30	45.5	29	51.8	59	48.4		
<i>Técnico</i>	14	21.2	8	14.3	22	18.0		
<i>Auxiliar</i>	3	4.5	4	7.1	7	5.7		
<i>Administrativo</i>	9	13.6	7	12.5	16	13.1		
<i>Otros</i>	1	1.5	2	3.6	3	2.5		
<b><i>Enfermó con COVID-19</i></b>								
<i>SÍ</i>	36	54.5	22	39.3	58	47.5	2.83	0.093
<i>NO</i>	30	45.5	34	60.7	64	52.5		

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

### Análisis cualitativo

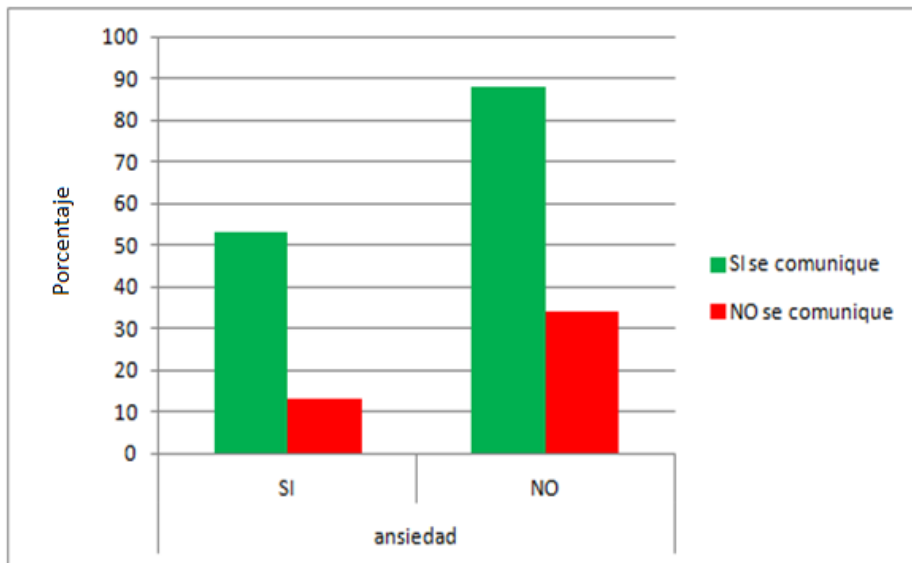


Gráfico 06. Ansiedad y aceptación de reporte de su caso a especialistas en trabajadores de salud del primer nivel de atención, prueba de hipótesis cualitativo de proporciones. Cajamarca, Junio 2021.

### Análisis cuantitativo

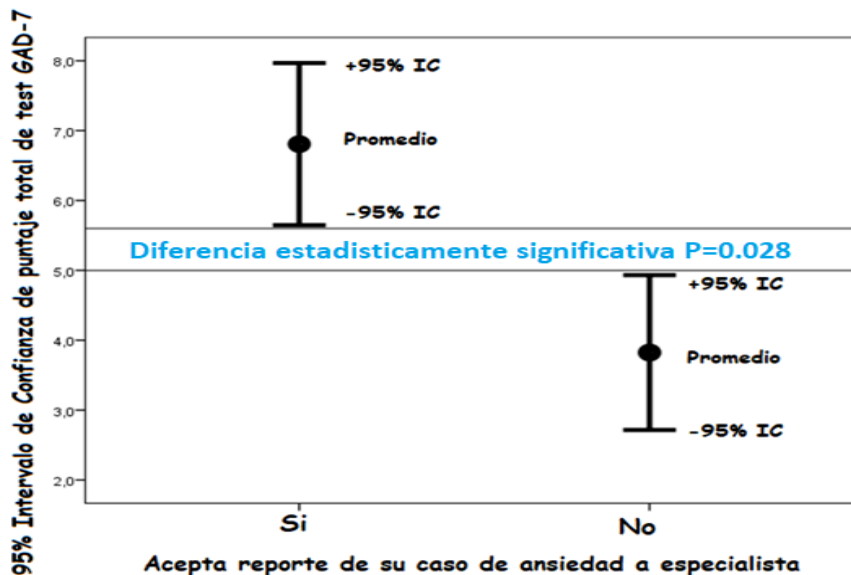


Gráfico 06a. Comparación de promedios de puntaje de ansiedad del test GAD-7 en aceptación de reporte de su caso a especialistas en trabajadores de salud del primer nivel de atención, prueba de hipótesis cuantitativa. Cajamarca, Junio 2021.

Respecto a la sintomatología de ansiedad y características de establecimientos de procedencia en trabajadores de primer nivel de atención no se encontró diferencias significativas por categorías de establecimientos de salud, sector de salud a que pertenecen, atención de COVID-19, tipo de atención que presta al establecimiento, trabajar en área COVID-19 y tiempo de servicios (Tabla 08).

**Tabla 08. Prevalencia de ansiedad y asociación con características de establecimientos de procedencia en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

	<b>ANSIEDAD</b>				<i>Total,</i> <i>n=122</i>	<i>100</i> <i>%</i>	<i>Chi</i> <sup>2</sup>	<i>Valor</i> <i>P</i>
	<i>SÍ</i> <i>n=66</i>	<i>100</i> <i>%</i>	<i>NO</i> <i>n=56</i>	<i>100</i> <i>%</i>				
<b><i>Establecimiento de procedencia según categorías (primer nivel de atención)</i></b>								
<i>I - 1</i>	22	33.3	19	33.9	41	33.6	1.80	0.614
<i>I - 2</i>	6	9.1	2	3.6	8	6.6		
<i>I - 3</i>	16	24.2	13	23.2	29	23.8		
<i>I - 4</i>	22	33.3	22	39.3	44	36.1		
<b><i>Establecimiento de procedencia según sector</i></b>								
<i>MINSA</i>	46	69.7	38	67.9	84	68.9	0.326	0.988
<i>Privado</i>	12	18.2	11	19.6	23	18.9		
<i>Bomberos</i>	4	6.1	4	7.1	8	6.6		
<i>Essalud</i>	2	3.0	2	3.6	4	3.3		
<i>Fuerzas Policiales</i>	2	3.0	1	1.8	3	2.5		
<b><i>Establecimiento según atención de COVID-19</i></b>								
<i>Sí</i>	49	74.2	39	69.6	88	72.1	0.319	0.572
<i>No</i>	17	25.8	17	30.4	34	27.9		
<b><i>Tipo de atención que presta al establecimiento</i></b>								
<i>Intramural</i>	50	75.8	40	71.4	90	73.8	0.293	0.588
<i>Extramural</i>	16	24.2	16	28.6	32	26.2		
<b><i>Trabaja en área COVID-19</i></b>								
<i>Sí</i>	36	54.5	30	53.6	66	54.1	0.012	0.914
<i>No</i>	30	45.5	26	46.4	56	45.9		
<b><i>Tiempo que labora</i></b>								
<i>Menos de un año</i>	14	21.2	16	28.6	30	24.6	3.79	0.435
<i>1 año</i>	8	12.1	11	19.6	19	15.6		
<i>2 a 3 año</i>	12	18.2	9	16.1	21	17.2		
<i>4 a 9 años</i>	23	34.8	12	21.4	35	28.7		
<i>Más de 10 años</i>	9	13.6	8	14.3	17	13.9		

Fuente: Ficha de recolección de datos



Respecto a estrategia utilizada frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos no se encontró diferencias significativas entre la prevalencia de síntomas de ansiedad y la práctica de: Ejercicio / actividad física, terapia de conversación, yoga, práctica basada en la fe/espiritualidad, meditación, grupo de apoyo virtual, otros y ninguno ( $P>0.05$ ). (Tabla 09)

**Tabla 09. Prevalencia de ansiedad y asociación con estrategia utilizada frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

	<b>ANSIEDAD</b>				<i>Total, n=122</i>	<i>100%</i>	<i>Chi<sup>2</sup></i>	<i>Valor P</i>
	<i>SI n=66</i>	<i>100%</i>	<i>NO n=56</i>	<i>100%</i>				
<b><i>Ejercicio / actividad física</i></b>								
<i>NO</i>	24	36.4	18	32.1	42	34.4	0.239	0.625
<i>SÍ</i>	42	63.6	38	67.9	80	65.6		
<b><i>Terapia de conversación</i></b>								
<i>NO</i>	38	57.6	36	64.3	74	60.7	0.572	0.450
<i>SÍ</i>	28	42.4	20	35.7	48	39.3		
<b><i>Yoga</i></b>								
<i>NO</i>	62	93.9	52	92.9	114	93.4	0.058	0.810
<i>SÍ</i>	4	6.1	4	7.1	8	6.6		
<b><i>Práctica basada en la fe/espiritualidad</i></b>								
<i>NO</i>	44	66.7	41	73.2	85	69.7	0.615	0.433
<i>SÍ</i>	22	33.3	15	26.8	37	30.3		
<b><i>Meditación</i></b>								
<i>NO</i>	53	80.3	49	87.5	102	83.6	1.145	0.285
<i>SÍ</i>	13	19.7	7	12.5	20	16.4		
<b><i>Grupo de apoyo virtual</i></b>								
<i>NO</i>	63	95.5	51	91.1	114	93.4	0.950	0.330
<i>SÍ</i>	3	4.5	5	8.9	8	6.6		
<b><i>Otros</i></b>								
<i>NO</i>	54	81.8	45	80.4	99	81.1	0	1
<i>SÍ</i>	12	18.2	11	19.6	23	18.9		
<b><i>Ninguno</i></b>								
<i>NO</i>	60	90.9	53	94.6	113	92.6	0.633	0.426
<i>SÍ</i>	6	9.1	3	5.4	9	7.4		
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>								

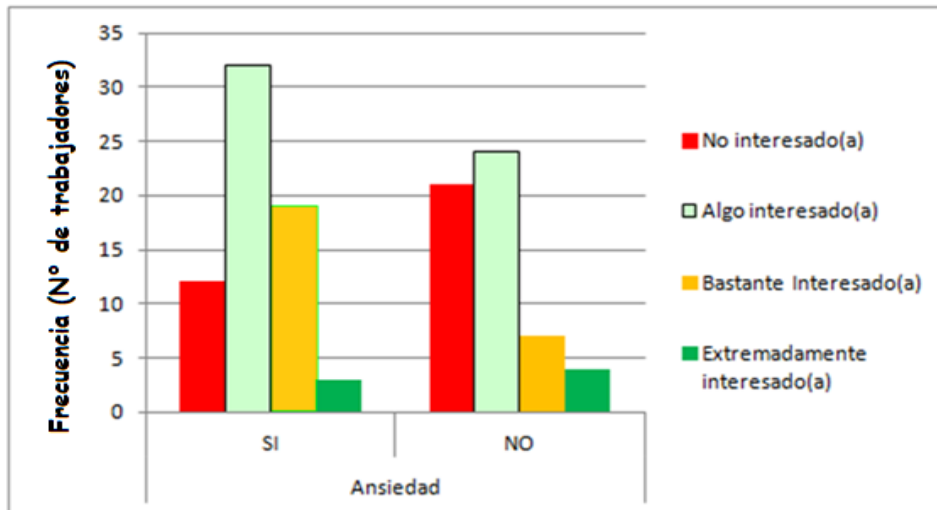
Respecto a la ansiedad y recursos de apoyo que estarían interesados en acudir frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, se encontró diferencia significativa entre prevalencia de síntomas de ansiedad y uno o más recursos de apoyo propuestos a los participantes del estudio ( $p=.0032$ ) y específicamente en: niveles de interés por un grupo de apoyo para profesionales de salud (vía online) ( $p=0.033$ ), con un grupo de apoyo para profesionales de salud (presencial con profesional) ( $P=0.016$ ), y con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad, vía online) ( $P=0.002$ ). No hubo diferencia significativa entre prevalencia de ansiedad y niveles de interés por tener asesoramiento o terapia individual tradicional (presencial con profesional) y tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta - vía online y viendo un video de bienestar mental ( $P>0.05$ ). (Tabla 10, Gráficos 07, 07a, 08, 08a, 09 y 09a)

**Tabla 10. Prevalencia de ansiedad y asociación con recursos de apoyo que estaría interesado en acudir frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Cajamarca, Junio 2021.**

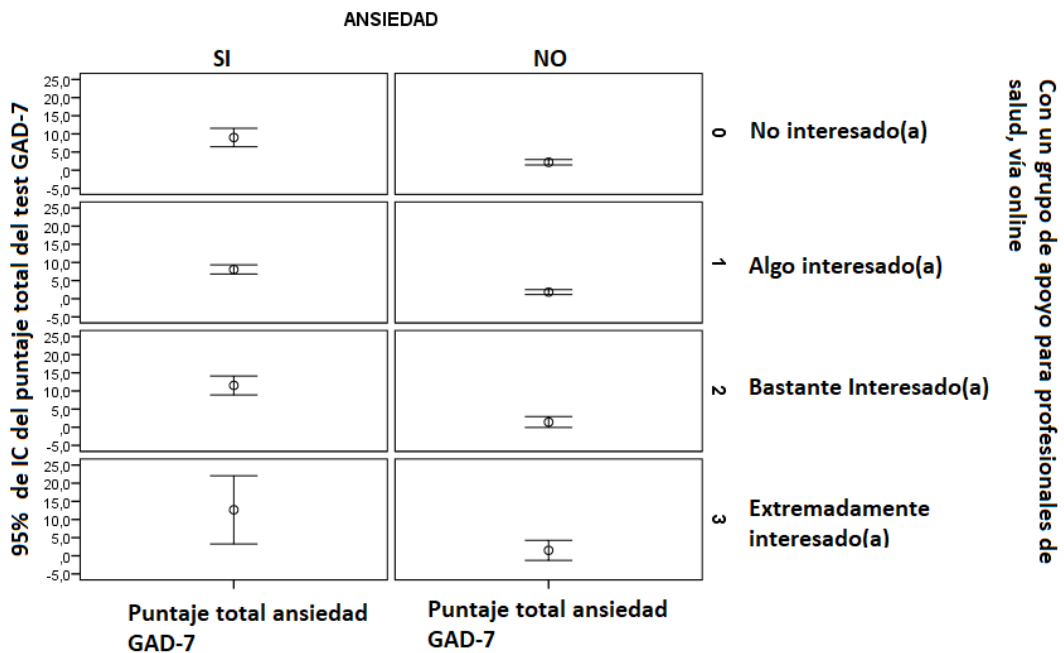
	<i>ANSIEDAD</i>				<i>Total n=122</i>	<i>100 %</i>	<i>Chi<sup>2</sup></i>	<i>Valor P</i>
	<i>SÍ n=66</i>	<i>100 %</i>	<i>NO n=56</i>	<i>100 %</i>				
<i>Tener interés al menos en algún recurso de apoyo</i>								
<i>Interesado al menos en alguna forma</i>	47	78.3	31	59.6	78	69.6	<b>4.617</b>	<b>0.032</b>
<i>No interesado(a)</i>	13	21.7	21	40.4	34	30.4		

<i>Tener asesoramiento ó terapia individual tradicional (presencial con profesional)</i>								
<i>No interesado(a)</i>	4	6.1	10	17.9	14	11.5	4.246	0.236
<i>Algo interesado(a)</i>	30	45.5	22	39.3	52	42.6		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	22	33.3	16	28.6	38	31.1		
<i>Extremadamente-interesado(a)</i>	10	15.2	8	14.3	18	14.8		
<i>Tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta, vía online</i>								
<i>No interesado(a)</i>	19	28.8	21	37.5	40	32.8	2.128	0.546
<i>Algo interesado(a)</i>	26	39.4	20	35.7	46	37.7		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	16	24.2	9	16.1	25	20.5		
<i>Extremadamente-interesado(a)</i>	5	7.6	6	10.7	11	9.0		
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online</i>								
<i>No interesado(a)</i>	12	18.2	21	37.5	33	27.0	<b>8.710</b>	<b>0.033</b>
<i>Algo interesado(a)</i>	32	48.5	24	42.9	56	45.9		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	19	28.8	7	12.5	26	21.3		
<i>Extremadamente-interesado(a)</i>	3	4.5	4	7.1	7	5.7		
<i>Viendo un video de bienestar mental</i>								
<i>No interesado(a)</i>	12	18.2	14	25.0	26	21.3	2.018	0.569
<i>Algo interesado(a)</i>	28	42.4	16	28.6	44	36.1		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	26	39.4	11	19.6	37	30.3		
<i>Extremadamente-interesado(a)</i>	10	15.2	5	8.9	15	12.3		

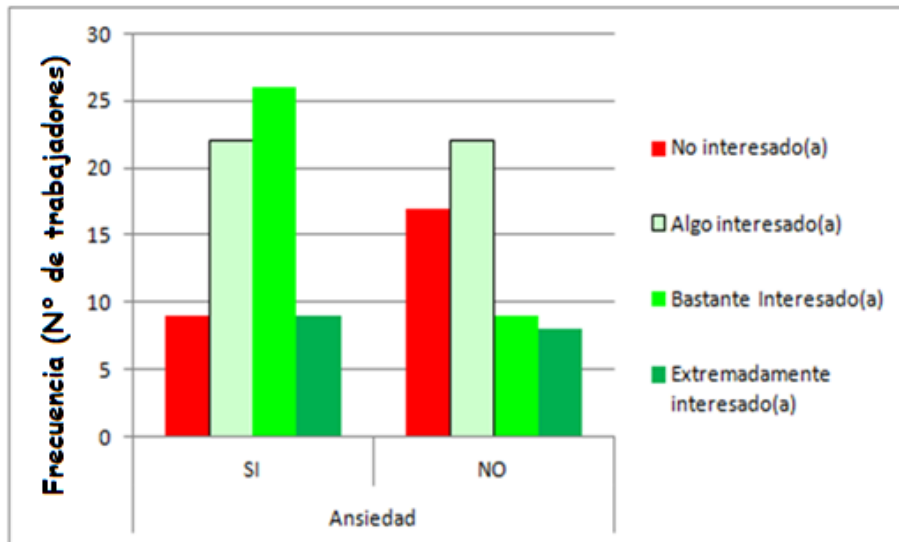
<i>Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional)</i>								
<i>No interesado(a)</i>	9	13.6	17	30.4	26	21.3	<b>10.357</b>	<b>0.016</b>
<i>Algo interesado(a)</i>	22	33.3	22	39.3	44	36.1		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	26	39.4	9	16.1	35	28.7		
<i>Extremadamente interesado(a)</i>	9	13.6	8	14.3	17	13.9		
<i>Con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online</i>								
<i>No interesado(a)</i>	12	18.2	25	44.6	37	30.3	<b>14.530</b>	<b>0.002</b>
<i>Algo interesado(a)</i>	33	50.0	18	32.1	51	41.8		
<i>Bastante Interesado(a)</i>	20	30.3	9	16.1	29	23.8		
<i>Extremadamente interesado(a)</i>	1	1.5	4	7.1	5	4.1		
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>								



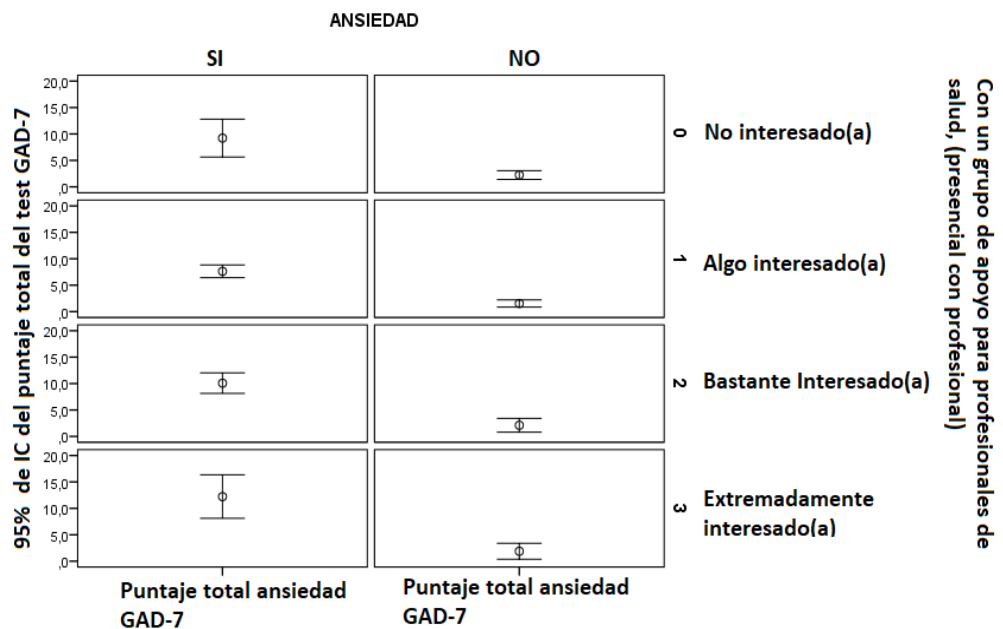
**Gráfico 07. Ansiedad y el interés en un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación cualitativa por comparación de proporciones). Cajamarca, Junio 2021.**



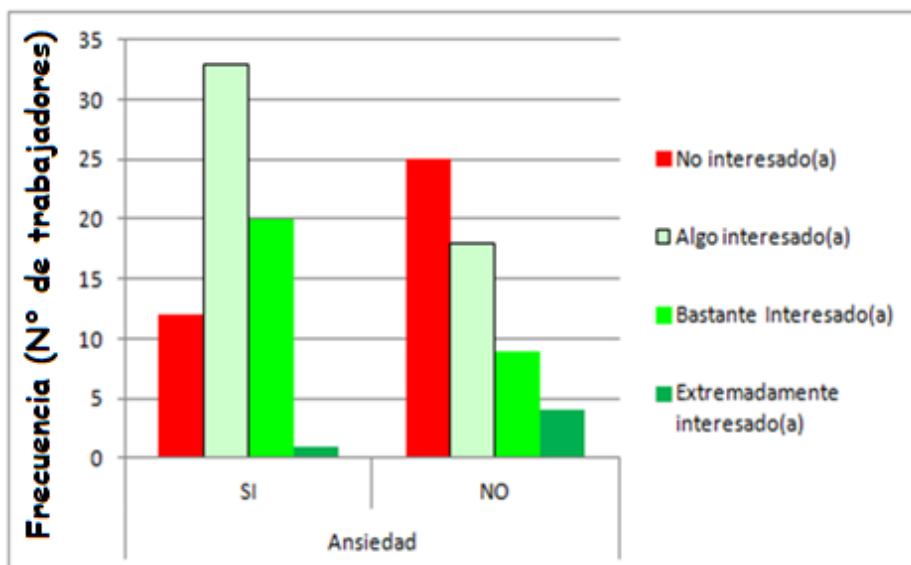
**Gráfico 07a. Ansiedad y el interés en un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación cuantitativa comparación de promedios). Cajamarca, Junio 2021.**



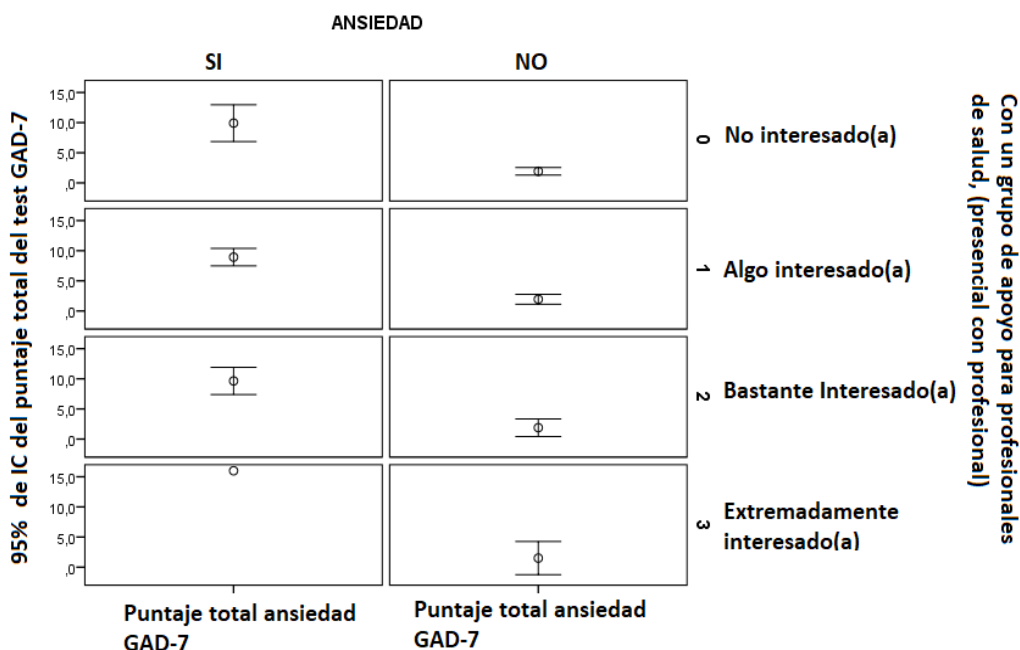
**Gráfico 08.** Ansiedad e interés en un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación cualitativa por comparación de proporciones). Cajamarca, Junio 2021.



**Gráfico 08a.** Ansiedad e interés en un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación por comparación de promedios). Cajamarca, Junio 2021.



**Gráfico 09.** Ansiedad e interés en un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación cualitativa por comparación de proporciones). Cajamarca, Junio 2021.



**Gráfico 09a.** Ansiedad e interés en un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos, en trabajadores de salud del primer nivel de atención (Asociación cuantitativa por comparación de promedios). Cajamarca, Junio 2021.

## 6. CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El primer nivel de atención de salud de Perú estuvo relegado en la respuesta ante la pandemia COVID-19 varios meses desde su inicio y paulatinamente se le involucra a lo largo del año 2020 (57), (65). Entre otras afectaciones individuales y grupales, la ansiedad supone mil millones de pérdidas en productividad cada año (66), así por ejemplo antes de la pandemia COVID-19 se reportan cifras de síntomas de ansiedad en trabajadores del 57% (67) en México, por ello es muy importante abordar este problema. En la actualidad, por las características psicológicas y psicosociales de la pandemia COVID-19 en nuestro medio socio-cultural, las pocas investigaciones sobre ello y la inseguridad para enfrentar la situación, tanto a nivel social, como sanitario y personal; ante ello, esta investigación es útil para contribuir a reflexionar y recomendar los cuidados psicológicos de la población, a los trabajadores sanitarios y la organización social teniendo en cuenta las nuevas perspectivas neurocientíficas sobre las emociones y su elaboración en situaciones de crisis(68). Es por ello que en este estudio los resultados muestran alta prevalencia de síntomas de ansiedad en los trabajadores de salud del primer nivel de atención de Cajamarca, en medio de esta crisis se explica esto porque el personal de salud simultáneamente están sometidos a una serie de coyunturas que retan sus suficiencias para la elaboración emocional, la contención y la resiliencia: tales como la excesiva demanda asistencial, el continuo riesgo de infectarse, deficiencias en los equipos de protección personal, infraestructura y equipamiento insuficiente, la exigencia de brindar tanto atención sanitaria como apoyo psicológico intensivo a pacientes y familiares, la gran presión emocional en las áreas COVID-19, dilemas éticos y morales, etc., y el contexto socio económico y político según describen Butriago F. y col.(68), lo expresado constituye la base psico-social que explicaría nuestros hallazgos; por ello no hay diferencias en la afectación por ansiedad en los trabajadores de primer



nivel de Cajamarca según edad, sexo, grupo ocupacional, haber tenido COVID-19, nivel de atención, sector de salud al que pertenecen, trabajar en el establecimiento o en la comunidad, tiempo de servicios y otros - siendo afectados simultáneamente, masivamente y globalmente - algo similar se evidencia en México antes de pandemia COVID-19 (67); también cuando se evidencia en este estudio que no hay diferencias en la prevalencia de afectación por ansiedad cuando los trabajadores de salud utilizan **estrategias de afrontamiento** como ejercicio/ actividad física, terapia de conversación, yoga, práctica basada en la fe/espiritualidad, meditación, grupo de apoyo virtual y; también el interés en **recursos de apoyo** como: Tener asesoramiento ó terapia individual tradicional (presencial con profesional, tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta - vía online y en ver un video de bienestar mental.

La magnitud del daño percibido se expresa cuando se encuentra mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en los trabajadores que aceptan ser atendidos por especialista de salud mental al detectarse algún nivel de ansiedad luego de aplicación del test GAD-7, y también el haber encontrado mayor prevalencia de ansiedad en los trabajadores de salud asociada a preferencia por uno o más recursos de apoyo ofrecidos algo similar a lo encontrado por Shechter A et al en New York pero, en ámbito hospitalario (9) por **recursos de apoyo** con niveles de interés por un grupo de apoyo para profesionales de salud - vía online , con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) y con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad) - vía online, refleja la influencia de la pandemia COVID-19 en sus preferencias.

Los resultados del presente estudio muestran que el 54.1% del personal presenta sintomatología de ansiedad, inferior al encontrado en Juliaca 82.9% (23), en médicos colombianos aplicando GAD-7 por Monterosa y col (44) encontraron 72.1% de

ansiedad, y superior al encontrado en Italia por Sheby et al del 24.94% (69), 34.93% por Baqueiro M. (70), 40% por Dane y coll. (3), 45% con 95% IC 21 a 69 % en 6 estudios con 3,373 participantes por Cabello et al. (71) y 39% en el hospital de Cajamarca por Banda Abanto (29); en trabajadores de la salud canadienses en abril del 2020, el 47 % necesitaba apoyo psicológico (72). Los resultados de los estudios citados son consistentes con los resultados obtenidos en este estudio por eso son de alta relevancia. Hay que tener en cuenta que el nivel de ansiedad encontrado por efecto de la pandemia es global ya que, todos estamos vulnerables; sin embargo, es importante considerar que a la fecha que se ha aplicado la encuesta los trabajadores de salud del primer nivel de atención **ya estaban vacunados contra COVID-19**, esto explica por qué se encuentran prevalencia de ansiedad muy similares a los encontrados en estudios arriba citados. Respecto a severidad, la prevalencia de síntomas de ansiedad leve es mayor a lo encontrado en personal del Hospital de Cajamarca en el que también hay mayor ansiedad moderada y severa respectivamente (29).

Consecuentemente los resultados del presente estudio son de alta relevancia y aplicación a la solución de problemas sanitarios puesto que, se demuestra que uno de cada cinco trabajadores del primer nivel de atención de salud de Cajamarca requieren ser atendidos por profesional especializado al presentar formas moderadas y graves de ansiedad, probablemente existan cifras similares en los demás establecimientos del país siendo necesario a propósito se hagan más estudios para estimar la magnitud del problema.

Se ha evidenciado que la mayoría de los trabajadores de salud utilizan **estrategias de afrontamiento** como ejercicio / actividad física, terapia de conversación, yoga, práctica basada en la fe/espiritualidad, meditación, grupo de apoyo virtual entre otros pero, que

no marcan diferencia respecto a presencia de ansiedad frente a los que no la tienen, refleja de algún modo no protección significativa, eso también se evidencia cuando se observa el promedio de puntaje de ansiedad en los trabajadores que desarrollan actividades intramurales tienen ligeramente más puntaje (aunque no significativo) que los que trabajan fuera del establecimiento .

Este problema mental que se pone en evidencia deberá ser monitorizado para poder estimar si tiene un efecto a largo plazo en la salud mental de los trabajadores sanitarios, también estos resultados darán un canon al seguimiento y la intervención de los casos a través de terapia individual y grupal en cada uno de los establecimientos de salud de primer nivel de atención como medida urgente para proteger la salud mental de los trabajadores de la salud; pues, estos resultados ponen en evidencia que los trabajadores de salud del primer nivel de atención tiene preferencia por **recursos de apoyo** con niveles de interés que van entre el 12.3% al 45.9% lo que refleja la poca difusión de las bondades de este tipo de intervenciones y además en este estudio se demuestra que los que tienen ansiedad señalan significativamente ( $P<0.05$ ) preferencia por un grupo de apoyo para profesionales de salud - vía online, grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional) y un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad) - vía online, aspectos que deberán tener en cuenta los especialistas en salud mental de Cajamarca al momento de implementar estrategias para el manejo del problema a fin de tener más éxito.

Son fortalezas de este estudio el tamaño de muestra representativa, la correcta recolección de datos en el mismo escenario donde laboran en tiempo real, el análisis de datos con la selección de pruebas estadísticas pertinentes de acuerdo al tipo de variables y datos disponibles. Son limitaciones de este estudio la imposibilidad de aplicar un mayor muestreo aleatorio al total de trabajadores, debido a que los trabajadores

seleccionados no se encontraban en los establecimientos al momento del estudio y fueron reemplazados por otros al tener factores de riesgo para COVID-19, teniéndose que calcular una menor muestra para menos población accesible en el establecimiento; las características de la muestra que es población no homogénea: a predominio joven y adulta, sexo femenino, no médico, tipo de establecimiento, actividad que desempeñan, tiempo que laboran, (no permite establecer asociaciones por grupos, explicar las preferencias por estrategias y recursos de apoyo); también es imposible comprobar el sinceramiento de los participantes al momento de contestar el cuestionario aplicado, por lo que confiamos en la veracidad, solamente se está limitando a identificar la presencia de síntomas de ansiedad mediante un cribado con test GAD-7 pero, no se está profundizando en su clasificación los tipos de ansiedad o trastornos vinculados, esto debido a que el test GAD-7 empleado (Anexo N° I), el cual es un instrumento de tamizaje, esto fue descrito por Katzman et al(12). Otro aspecto a considerar es la dificultad de acceso a una muestra mayor de trabajadores debido a aspectos logísticos por la característica geográfica de Cajamarca y las limitaciones por el estado de emergencia ante la pandemia COVID-19.

La escala GAD-7 se centra en un solo trastorno de ansiedad, aunque, hay muchos pacientes con otros trastornos de ansiedad, como la fobia social y el trastorno de estrés postraumático, que necesitan atención clínica. Sin embargo, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos mentales más comunes que se observan en la práctica ambulatoria. En segundo lugar, el GAD-7 proporciona solo diagnósticos probables que deben confirmarse mediante una evaluación adicional (41). También no es posible establecer pronósticos respecto a la evolución de la ansiedad por ser un estudio transversal.

Las futuras demostraciones que se hagan sobre los factores asociados como diseños de casos y controles o estudios de cohortes, etc, el impacto de las intervenciones para afrontar los problemas de ansiedad y otros trastornos de salud mental en los trabajadores de salud del primer nivel de atención de Cajamarca escenifica un objetivo importante para futuras recomendaciones y publicaciones.

## **7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES**

- 7.1** Durante la pandemia COVID -19 los trabajadores de salud del primer nivel de atención de Cajamarca el 54,2% presentan síntomas de ansiedad; nivel de ansiedad leve (32,8%), moderada y grave (10,7%) respectivamente, uno de cada 5 de ellos requiere tratamiento especializado, la mayoría utiliza estrategias y prefiere recursos de afrontamiento.
- 7.2** La prevalencia de ansiedad es más frecuente en el sexo femenino, grupo etario de 35 a 39 años, personal no médico y en establecimientos I-1 y I-4.
- 7.3** La ansiedad se asocia a la opción de aceptar ser atendidos por especialista en salud mental antes de saber si tenían ansiedad; no encontrándose asociación con las demás características de los trabajadores.
- 7.4** El 92.9% trabajadores de salud del primer nivel de atención, utiliza por lo menos una o más estrategias de afrontamiento; como ejercicio / actividad física, terapia de conversación, yoga, práctica basada en la fe/espiritualidad, meditación, grupo de apoyo virtual entre otros, pero que no se asocian a ansiedad.
- 7.5** El 95.9% trabajadores de salud tienen preferencia por uno o más recursos de apoyo de los seis propuestos con diversos niveles de interés y la ansiedad se asocia con al menos uno o más recursos de afrontamiento, específicamente con tres de ellos.

## **8. CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES**

- 8.1** A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se recomienda brindar información al personal de salud y población en general sobre el trastorno de la ansiedad, síntomas, tipos, consecuencias de no recibir tratamiento oportuno, para que puedan identificar y tratar esta psicopatología a tiempo y frenar su cronicidad.
- 8.2** A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red de Salud de Cajamarca, EsSalud, privados, bomberos, se recomienda tomar en cuenta las preferencias de los recursos apoyo al implementar intervenciones de prevención de la ansiedad, identificación, y seguimiento ya que, tendrá mayor adherencia y acogida por parte del personal.
- 8.3** Incentivar a las autoridades del sector salud, jefes de establecimientos para que incorporen recursos de apoyo para la prevención y tratamiento de la ansiedad en sus trabajadores, evitando discriminación.
- 8.4** A las autoridades del sector salud, jefes de establecimientos de salud se recomienda fomentar la creación de grupos de ayuda mutua con trabajadores que presentan síntomas de ansiedad y desean participar, con la finalidad de compartir experiencias y brindarse apoyo mutuo.
- 8.5** A la autoridad de salud Regional se recomienda fortalecer la red de servicios de salud mental para brindar atención adecuada y oportuna a los trabajadores de la salud que presentan trastornos de la salud mental.

- 8.6** Para el personal de primer nivel de atención se recomienda fortalecer la salud física y mental a través de estrategias del autocuidado físico y emocional, el fortalecimiento de la resiliencia, el apoyo social (familia, amigos, compañeros), la práctica de hábitos saludables y el apoyo terapéutico si es necesario.
- 8.7** A la facultad de Medicina e interesados se recomienda continuar las investigaciones sobre la magnitud del problema en los trabajadores de salud del departamento de Cajamarca, aplicando el cribaje con GAD-7, así como realizar estudios que prueben eficacia de intervenciones.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021].  
Disponible en : <https://covid19.who.int>
2. Al-Tawfiq JA. Asymptomatic coronavirus infection: MERS-CoV and SARS-CoV-2 (COVID-19). *Travel Med Infect Dis.* 2020; 35:101608.
3. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 7 de mayo de 2021;156(9):449-58.
4. Liu C-Y, Yang Y, Zhang X-M, Xu X, Dou Q-L, Zhang W-W, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.* Vol:148. e98. [Internet] [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251286/>
5. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict.* 27 de marzo de 2020;1-9.
6. Ruiz Mamani PG, Morales-García WC, White M, Marquez-Ruiz MS. Propiedades de una escala de preocupación por la COVID-19: análisis exploratorio en una muestra peruana. *Med Clínica.* 24 de diciembre de 2020;155(12):535-7.
7. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud.* 2020;44(7):393-401.

8. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *J Anxiety Disord.* Agosto de 2020;74:102268.
9. 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. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66:1-8.
10. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J.* julio de 2020;61(7):350-6.
11. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 de noviembre de 2020;11:CD013779.
12. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2 de julio de 2014;14(1):S1.
13. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun - Health.* octubre de 2020;8:100144.

14. Leng M, Zhao Y, Xiao H, Li C, Wang Z. Internet-Based Supportive Interventions for Family Caregivers of People With Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 9 de septiembre de 2020;22(9):e19468.
15. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Bertelloni CA, Fiorillo A, Dell'Osso L. Risk and Protective Factors for PTSD in Caregivers of Adult Patients with Severe Medical Illnesses: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. Agosto de 2020; 17(16). [Internet] [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459858/>
16. Choi KW, Shaffer KM, Zale EL, Funes CJ, Koenen KC, Tehan T, et al. Early risk and resiliency factors predict chronic PTSD in caregivers of patients admitted to a neuroscience intensive care unit. *Crit Care Med*. mayo de 2018;46(5):713-9.
17. Corey J, Vallières F, Frawley T, De Brún A, Davidson S, Gilmore B. A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. *Int J Environ Res Public Health*. Febrero de 2021; 18(4). [Internet] [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7913971/>
18. Di Nota PM, Bahji A, Groll D, Carleton RN, Anderson GS. Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 28 de abril de 2021;10(1):126.
19. Sirois FM, Owens J. Factors Associated With Psychological Distress in Health-Care Workers During an Infectious Disease Outbreak: A Rapid Systematic Review of the Evidence. *Front Psychiatry* [Internet]. 28 de enero de 2021 [citado 23 de mayo de

2021];11:589545. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7876062/>

20. Paula ACRD, Carletto AGD, Lopes D, Ferreira JC, Tonini NS, Trecossi SPC. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. 6 de enero de 2021.[citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1568>
21. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. septiembre de 2020;25(9):3465-74.
22. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *An Psicol*. mayo de 2015;31(2):743-50.
23. Condori Chambi M, Feliciano Cauna V. Estrategias de Afrontamiento al Estrés y Ansiedad Estado en Trabajadores de un Centro de Salud en Cuarentena Por Covid-19, Juliaca. Universidad Autónoma de Ica, Escuela Psicología, Tesis-Pre-Grado para optar el título de licenciado en Psicología. 13 de enero de 2021. [Internet] [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/728>
24. Guevara A, Geanfranco M. Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas Covid. Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela de Medicina Humana, Tesis-Pregrado para optar el título de médico cirujano. 2020.

[Internet] [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6711>

25. Pacheco A, Elizabeth M. ANSIEDAD EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE ASISTEN A PACIENTES CON COVID-19 EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, LIMA - 2020. Universidad Autónoma de Ica, Escuela Enfermería, Tesis de Pregrado para optar el título de licenciado en enfermería. 28 de abril de 2021, [Internet] [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/912>
26. Dios BJD, Areli E. FACTORES SOCIOLABORALES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN TRABAJADORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III HUAYCÁN - LIMA, 2020. Universidad Autónoma de Ica, Escuela de Medicina, Tesis de Pregrado para optar el título de médico cirujano. 27 de enero de 2021. [Internet] [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/799>
27. Castro Murillo R, Gamero Quispe EY. FACTORES ASOCIADOS AL IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, LIMA, 2020. Repos Inst - UMA, Escuela de Enfermería, Tesis de Pregrado para optar el título de licenciado en enfermería. 20 de abril de 2021. [Internet][citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/427>
28. Espinoza DD. Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020. Universidad César Vallejo. Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.:104.

29. Banda Abanto LJ. Consecuencias psicológicas de la pandemia por la COVID-19 en personal de salud Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020 Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela de Obstetricia, Tesis de Pre - Grado para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. 19 de abril de 2021. [Internet].. [citado 29 de mayo de 2021]. Disponible en : <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4097>
30. Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal-Estar E Subjetividade. 2003;(1):51.
31. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. Nat Rev Dis Primer. 4 de mayo de 2017;3(1):1-19.
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5°). 5ta ed. Ed. Arlington, VA; 2014. [Internet] [citado 27 de mayo de 2021]. 998.p. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
33. KESSLER RC, ANGERMEYER M, ANTHONY JC, DE GRAAF R, DEMYTTENAERE K, GASQUET I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. octubre de 2007;6(3):168-76.
34. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 1 de septiembre de 2011;21(9):655-79.

35. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de junio de 2005;62(6):617-27.
36. LeDoux JE, Pine DS. Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework. *Am J Psychiatry*. 9 de septiembre de 2016;173(11):1083-93.
37. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2 de julio de 2014;14(1):S1.
38. First MB, Bhat V, Adler D, Dixon L, Goldman B, Koh S, et al. How Do Clinicians Actually Use the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in Clinical Practice and Why We Need to Know More. *J Nerv Ment Dis*. diciembre de 2014;202(12):841-4.
39. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *The Lancet*. 17 de diciembre de 2016;388(10063):3048-59.
40. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22 de mayo de 2006;166(10):1092-7.
41. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. abril de 2016;39:24-31.

42. EspectroAutista.Info – Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada [Internet].  
Versión en HTML traducción y adaptación al español del Original " Spitzer, R. L.;  
Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: A Brief Measure for Assessing  
Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7." Archives of Internal Medicine 2006;  
166(10):1092–1097, [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <http://espectroautista.info/GAD7-es.html>
43. García-Campayo J. GAD-7. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO. Banco de  
instrumentos y metodologías en salud mental; 2010. [Internet]. Disponible en:  
<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=248>
44. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J,  
Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al  
COVID-19 en médicos generales colombianos. MedUNAB. 22 de julio de  
2020;23(2):195-213.
45. Condori A, Y. ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN AL COVID-19 Y LA  
PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN  
EL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LOS HOSPITALES DE LA  
REGIÓN AREQUIPA. 2020. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.  
Escuela de Medicina Humana. Tesis de Pregrado para optar el título de médico  
cirujano. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
46. Saravia-Bartra MM, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramirez L. Anxiety level of first-  
year medical students from a private university in Peru in times of Covid-19. Rev  
Fac Med Humana. 11 de septiembre de 2020;20(4):568-73.



47. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 5 de mayo de 2020;369:m1642.
48. García-Campayo J, del Hoyo YL, Valero MS, Yus MCP, Esteban EA, Guedea MP, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: A systematic review. *Prev Med*. 1 de julio de 2015;76:S12-5.
49. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen H-U. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010; 2:21-35.
50. Teubert D, Piquart M. A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *J Anxiety Disord*. 2011;25(8):1046-59.
51. Fisak BJ, Richard D, Mann A. The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. septiembre de 2011;12(3):255-68.
52. Tortella-Feliu, Miquel. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Anxiety disorder in DSM-5[Internet]. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*; Vol Nº 110, Pág. 62-69, año 2014 [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
53. Valle M del, Betegón E, Irurtia MJ. Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*. 2018;25(2):153-61.

54. Jimeno AP, López SC. Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Rev Mex Psicol.* 2019;36(1):74-83.
55. Rioja. salud, ¿Quiénes son profesionales de primera línea?. Publicación HTML on line, 14 de enero de 2021. [Internet]. [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/newsletter/14-enero-2021/quienes-son-profesionales-de-primera-línea>
56. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna.* abril de 2011;33(1):7-11.
57. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS, Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, et al. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An Fac Med.* septiembre de 2020;81(3):337-41.
58. R. Cohen, F. Ahearn. Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres :.OPS, 1990. helid. digicollection. [Internet]. [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://helid.digicollection.org/en/d/Jops28s/5.5.html>
59. ASALE R-, RAE. edad | «Diccionario de la lengua española» - Edición 23<sup>a</sup>. Año de publicación 2014. [Internet] [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
60. ASALE R-, RAE. sexo | «Diccionario de la lengua española». Edición 23<sup>a</sup>. Año de publicación 2014 Internet] [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>

61. ASALE R-, RAE. profesión | «Diccionario de la lengua española». Edición 23<sup>a</sup>. Año de publicación 2014 [Internet] [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/profesi3n>
62. Trastorno de ansiedad generalizada - Trastornos psiquiátricos. Manual MSD versión para profesionales. Versión HTML, Última modificación del contenido Abr. 2020 [Internet] [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada-tag>
63. Zhong Q-Y, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al. Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among Pregnant Women. PloS One. 2015;10(4):e0125096.
64. Resolución Ministerial N° 546 – 2011 -MINSA, Aprueban Norma NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. Boletín Oficial de Normas Legales Julio 2011. Diario el Peruano. Edición 11469. Pág 31. [Internet][citado 01 de noviembre del 2021]. Disponible en:[https://diariooficial.elperuano.pe/Normas?\\_ga=2.70088467.2094931578.1635863675-910819657.1606113419](https://diariooficial.elperuano.pe/Normas?_ga=2.70088467.2094931578.1635863675-910819657.1606113419); <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
65. Resolución Ministerial N° 928-2020-MINSA. Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19. 9 de noviembre de 2020. [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en:<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1335262-928-2020-minsa>

66. OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. WHO. World Health Organization; [Internet] [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017 /es /](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
67. Espinosa Muñoz MC, Orozco Ramírez LA, Ybarra Sagarduy JL, Espinosa Muñoz MC, Orozco Ramírez LA, Ybarra Sagarduy JL. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Ment.* junio de 2015;38(3):201-8.
68. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Aten Primaria.* 1 de enero de 2021;53(1):89-101.
69. Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 20 de abril de 2021;107:110247.
70. Baqueiro L, María A. Prevalencia del estado psicológico del persona de salud del IMSS en el estado de Puebla que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19. 23 de junio de 2020, BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA, Facultad de Medicina Humana, Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Administración de Servicios de Salud, [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/1033>
71. Ricci-Cabello I, Meneses-Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ, Fraile-Navarro D, Roque MAF de, Moreno GP, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of

healthcare workers: a rapid systematic review. medRxiv. 6 de abril de 2020;2020.04.02.20048892.

72. ESOMAR) RC (c/o. Estudio: Percepción de los trabajadores sanitarios canadienses en torno al brote de COVID-19. - Investigaciones sobre el coronavirus (Covid-19), Abril-2020, publicacion en HTML,[Internet] [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://researchchoices.org/covid19/findings/report/86/study-perception-of-canadian-health-workers-around-the-covid-19-outbreak>

## 10. ANEXOS

### ANEXO N° I:

#### FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA GAD-7

**TABLA. Comparación entre versión adaptada y versión original de la escala GAD-7.**

<b>GAD-7</b>	<b>Versión adaptada</b>	<b>Original</b>
<b>Nombre</b>	Escala para el trastorno de ansiedad generalizada.	Generalized Anxiety Disorder
<b>Autor</b>	García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Freire O, Rejas J.	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B.
<b>Referencia</b>	Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes. 2010 Jan 20;8:8.	A brief measure for assessing generalized anxiety disorder : the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22; 166(10) :1092-7.
<b>Correspondencia</b>	jgarcamp@arrakis.es	

**GARCIA CAMPALLO, ET AL. (43)**

#### ⊕ Características

- **Tipo de instrumento:** Estructurada
- **Tipo de administración:** Autoaplicada
- **Población:** Adultos
- **N° de ítems:** 07
- **Tiempo de administración:** ≤10 min.
- **Área terapéutica:** Sintomatología  
Cribado,  
Varios

⊕ **Trastornos**

Ansiedad.

⊕ **Descripción (43)**

**Descripción e interpretación:**

Este instrumento ha sido creado para servir de screening en el trastorno de ansiedad generalizada. Está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno.

Para su corrección se obtiene una puntuación total de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21.

No existen puntos de corte establecidos para la versión española. En la versión original, los autores proponen un punto de corte de mayor o igual a 10.

**Propiedades psicométricas:**

Para la versión española, se obtuvo Alpha de Cronbach de 0,93. Teniendo en cuenta el corte de 10 puntos, se encontraron valores de sensibilidad de 86,8% y de especificidad de 93,4%. Además, la escala correlacionó significativamente con las escalas HAM-A, HADS y WHO-DAS II.

**ANEXO N° II :**  
**INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TEST GAD-7**

**TABLA. Puntos de corte para escala de ansiedad GAD-7.**

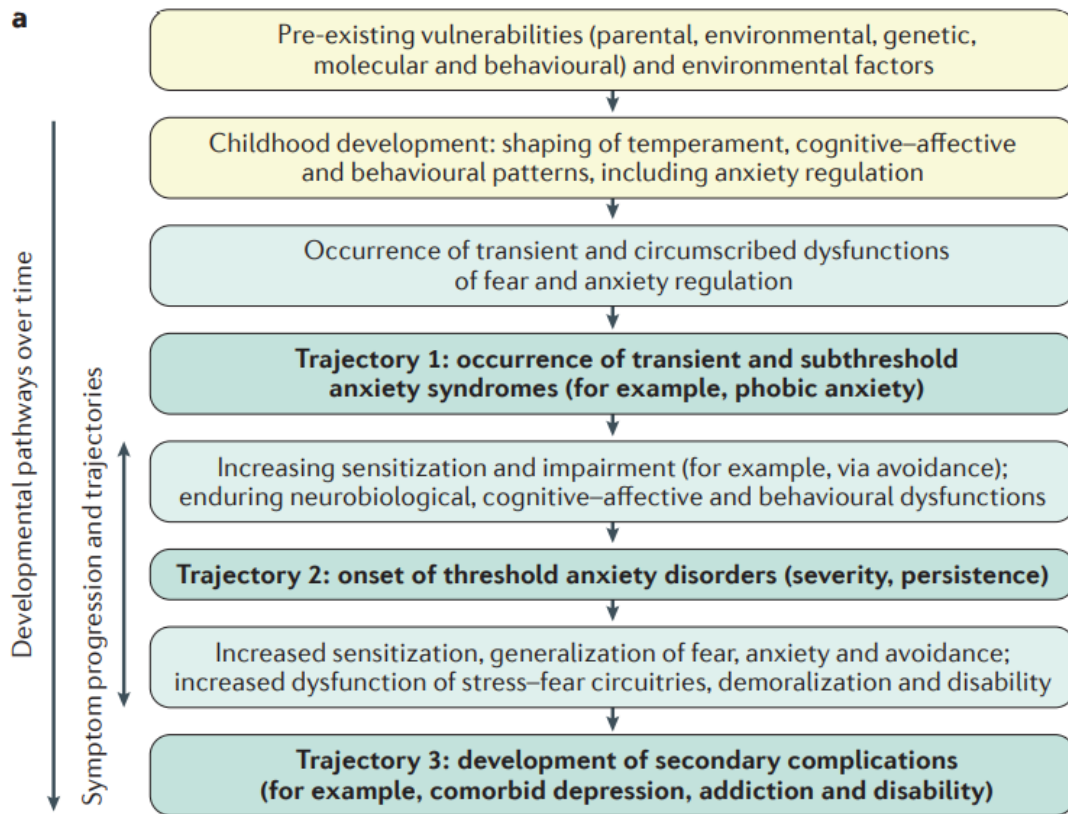
<b>0–4</b>	No se aprecia ansiedad
<b>5–9</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
<b>10–14</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
<b>15–21</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

Fuente: (42)



### ANEXO N° III :

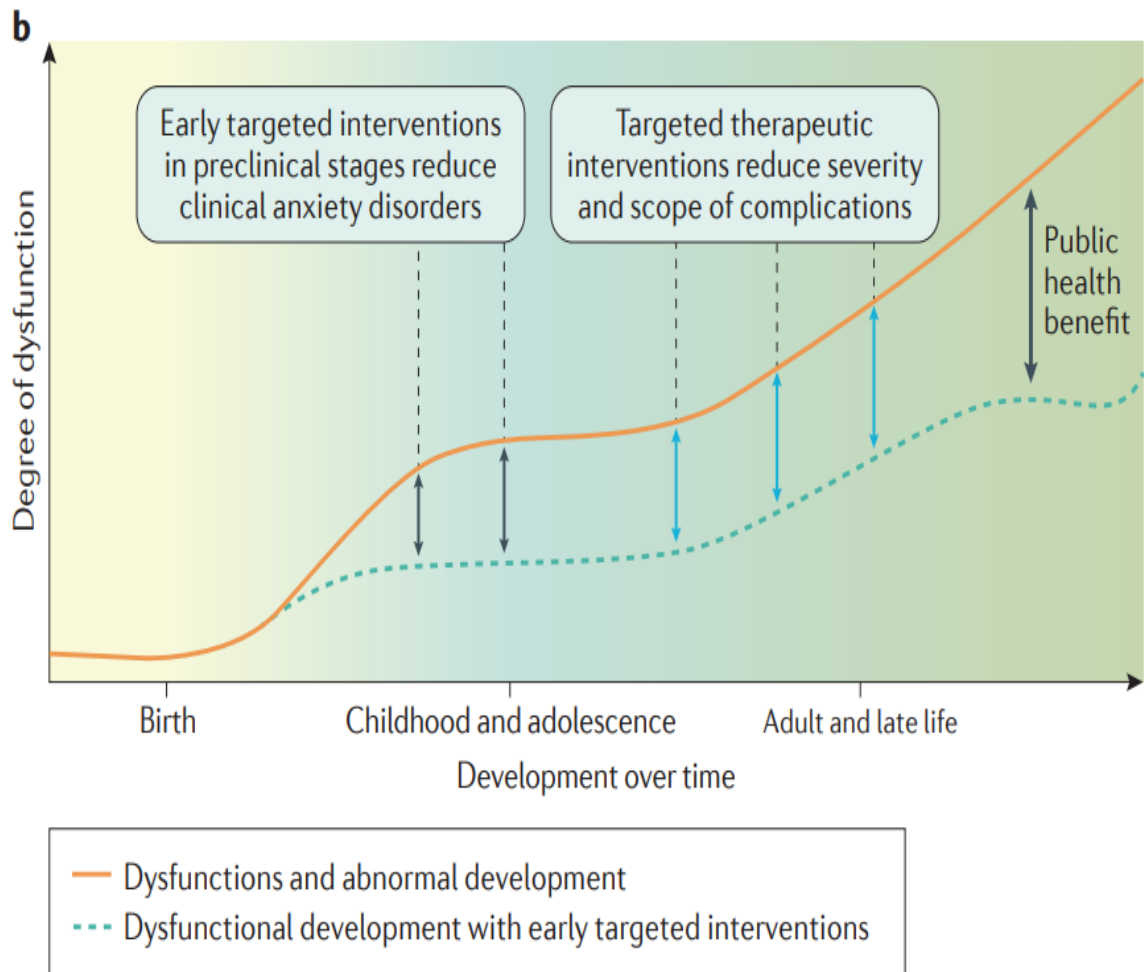
#### PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



Adaptado por: Craske MG, et al. (31)

**GRÁFICO IVa. Vías de desarrollo y factores de riesgo a lo largo del tiempo, típicos de la expresión del trastorno de ansiedad, y de las complicaciones y comorbilidades asociadas.**

Los modelos de progresión de los síntomas describen las vías de desarrollo de la vulnerabilidad y los factores de riesgo a lo largo del tiempo que son típicos de la expresión de signos subclínicos tempranos y transitorios, del inicio del trastorno clínico y del inicio típico de las complicaciones y comorbilidades asociadas con un curso persistente del trastorno, si no se trata. Para los trastornos de ansiedad, de forma general, se pueden identificar tres síntomas principales: síntomas de ansiedad subumbral (trayectoria 1), trastornos de ansiedad umbral (trayectoria 2) y complicaciones secundarias y comorbilidades (trayectoria 3). (Gráfico IVa)



Adaptado por: Craske MG, et al. (31)

**GRÁFICO IVb. Intervenciones preventivas durante el desarrollo de los síntomas de los trastornos de ansiedad y la relación con la gravedad.**

Las terapias preventivas dirigidas en las etapas preclínicas de la ansiedad podrían reducir la prevalencia de los trastornos de ansiedad clínicamente relevantes (flechas negras). Las intervenciones dirigidas después del inicio del trastorno, como la terapia cognitivo-conductual, podrían reducir la gravedad de las complicaciones (flechas azules). (**Gráfico IVb**)

## ANEXO N° IV :

### INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

**TABLA. Componentes de las intervenciones cognitivo-conductuales.**

<b>Exposición</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anime a los pacientes a enfrentar sus miedos</li><li>• Los pacientes aprenden información correctiva a través de la experiencia.</li><li>• La extinción del miedo ocurre a través de la exposición repetida.</li><li>• El afrontamiento exitoso mejora la autoeficacia</li></ul>
<b>Inhibición de la respuesta de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los pacientes restringen sus comportamientos habituales para reducir la ansiedad (por ejemplo escapar, necesidad de tranquilidad)</li><li>• Disminuye el refuerzo negativo</li><li>• Hacer frente a la ansiedad sin utilizar un comportamiento que la reduzca mejora la autoeficacia</li></ul>
<b>Estrategias cognitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La reestructuración cognitiva, los experimentos de comportamiento y las estrategias relacionadas se dirigen a la percepción exagerada del peligro de los pacientes (p. Ej., Miedo a una evaluación negativa en el TAE)</li><li>• Proporciona información correctiva sobre el nivel de amenaza.</li><li>• También puede dirigir a creencias de autoeficacia</li></ul>
<b>Manejo de la estimulación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las habilidades de relajación y control de la respiración pueden ayudar al paciente a controlar el aumento de los niveles de ansiedad.</li></ul>
<b>Señales de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente renuncia a las señales de seguridad (p. Ej., Presencia de un acompañante, conocimiento de la ubicación del baño más cercano).</li><li>• Los pacientes aprenden creencias de autoeficacia adaptativa.</li></ul>

**Fuente:** Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. (37)

**ANEXO N° V :**

**MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD Y TRASTORNOS RELACIONADOS**

**TABLA. Medicamentos con indicaciones aprobadas por health canada para la ansiedad y los trastornos relacionados.**

	Trastornos de ansiedad	Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad social	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad Generalizada	Trastorno de estrés post-traumático
<b><u>Antidepresivos</u></b>						
<b>SSRIs</b>						
Escitalopram (Cipralex®)				X	X	
Fluoxetine (Prozac®)				X		
Fluvoxamine (Luvox®)				X		
Paroxetine (Paxil®)		X	X	X	X	X
Paroxetine CR (Paxil® CR)		X	X			
Sertraline (Zoloft®)		X		X		
<b>TCA's</b>						
Clomipramine				X		
<b><u>Otros antidepresivos</u></b>						
Venlafaxine XR (Effexor® XR)		X	X		X	
Duloxetine (Cymbalta®)					X	

	Trastornos de ansiedad	Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad social	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad Generalizada	Trastorno de estrés post-traumático
<b><u>Antidepresivos</u></b>						
<b>AZAPIRONES</b>						
Buspirone (BuSpar <sup>®</sup> , Buspirex <sup>®</sup> )					X	
<b>BENZODIAZEPINES*</b>	X					

**Fuente:** Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders (37)

-CR = liberación controlada; ISRS = inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TCA = antidepresivo tricíclico; XR = liberación extendida. / -Múltiples productos genéricos y de marca, consultar monografías de productos: alprazolam, bromazepam, clordiazepóxido, clorazepato, diazepam, lorazepam y oxazepam están indicados para los trastornos de ansiedad; El alprazolam también está indicado para el trastorno de pánico.

**ANEXO N° VI :**

**TABLA. Clasificación de establecimientos de salud del primer nivel de atención.**

<b>Establecimientos de Salud según Categorías</b>		
<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>DENOMINACIÓN (D.S. 013-2006 SA)(*)</b>	<b>CATEGORÍA</b>
<b>SIN INTERNAMIENTO</b>	<b>Consultorio de profesionales de la salud</b> <i>(No médico cirujano)</i>	<b>I - 1</b>
	<b>Puesto de Salud o Posta de Salud</b> <i>(con profesional de la salud no médico cirujano)</i>	
	<b>Consultorio Médico</b> <i>(Con médico cirujano con o sin especialidad)</i>	<b>I - 2</b>
	<b>Puesto de Salud o Posta de Salud</b> <i>(Con médico cirujano)</i>	
	<b>Centro de Salud</b>	<b>I - 3</b>
	<b>Centro Médico</b>	
	<b>Centro Médico Especializado</b>	
	<b>Policlínico</b>	
<b>CON INTERNAMIENTO</b>	<b>Centro de Salud con camas de internamiento</b>	<b>I - 4</b>
	<b>Centro Médico con camas de internamiento</b>	
<b>Niveles de complejidad y categorías de Establecimientos de Salud en el Primer Nivel de Atención.</b>		
<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>NIVELES DE COMPLEJIDAD</b>	<b>CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>
<b>Primer Nivel de Atención</b>	<b>1° Nivel de Complejidad</b>	<b>I - 1</b>
	<b>2° Nivel de Complejidad</b>	<b>I - 2</b>
	<b>3° Nivel de Complejidad</b>	<b>I - 3</b>
	<b>4° Nivel de Complejidad</b>	<b>I - 4</b>

(\*) Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA.(64)

**ANEXO N° VII :**

**TABLA. Población estratificada según establecimiento de salud.**

SECTOR SALUD	Población Accesible en Pandemia	Porcentaje	Muestra
<i>MINSA</i>	123	68.9%	84
Privado	34	18.9%	23
Bomberos	12	6.6%	8
Essalud	6	3.3%	4
<i>Fuerzas Policiales</i>	4	2.5%	3
<b>TOTAL</b>	179	100.0%	122

ANEXO N° VIII :

TABLA. Selección aleatoria de participantes por estratos.

[ 1] Muestreo simple aleatorio ESTRATO MINSA						
Tamaño poblacional:		123				
Tamaño de muestra:		84				
Número de los sujetos seleccionados						
1	2	4	5	6	9	15
16	17	18	19	20	23	26
27	28	30	31	32	33	36
37	38	40	41	42	43	44
45	46	47	49	50	52	53
54	55	56	57	59	60	61
62	63	65	66	68	69	71
72	73	74	75	77	79	80
81	82	83	84	85	87	89
90	91	92	93	96	97	98
99	100	106	107	108	110	112
113	115	116	117	121	122	123
[ 2] Muestreo simple aleatorio ESTRATO PRIVADO						
Tamaño poblacional:		34				
Tamaño de muestra:		23				
Número de los sujetos seleccionados						
4	5	8	9	11	12	13
15	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	34					
[ 3] Muestreo simple aleatorio ESTRATO BOMBEROS						
Tamaño poblacional:		12				
Tamaño de muestra:		8				
Número de los sujetos seleccionados						
1	4	5	6	7	8	10
12						
[ 4] Muestreo simple aleatorio ESTRATO ESSALUD						
Tamaño poblacional:		6				
Tamaño de muestra:		4				
Número de los sujetos seleccionados						
1	3	4	5			
[ 5] Muestreo simple aleatorio ESTRATO FUERZAS POLICIALES						
Tamaño poblacional:		4				
Tamaño de muestra:		3				
Número de los sujetos seleccionados						
1	3	4				



**ANEXO N° IX :**

**TABLA.- Cálculo del coeficiente alfa de cronbach de encuesta.**

ENCUESTAS/ITEMS	ITEMS																			Σ Valoresde ITEMS
	Ejercicio / actividad física	Práctica de yoga	Práctica de Meditación	Otro(s) diferentes.	Terapia de conversación	Práctica basada en la fe/espiritualidad	Grupo de apoyo virtual	Ninguno de ellos	Terapia Individual, presencial	Terapia individual, vía online	Terapia con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online.	Viendo un video de bienestar mental	Terapia con un grupo de apoyo para profesionales de salud, presencial	Con un grupo de bienestar general, online	Ninguno de ellos	Terapia de conversación	Práctica basada en la fe/espiritualidad	Grupo de apoyo virtual		
1	2	3	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	2	3	41	
2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	2	3	40	
3	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	37	
4	3	2	3	1	2	3	2	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	2	40	
5	3	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	2	3	3	42	
6	1	2	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	2	3	39	
7	3	3	2	3	2	3	2	2	3	1	1	3	3	1	2	3	3	1	41	
8	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	3	42	
9	2	1	3	3	1	2	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2	1	2	39	
10	3	3	1	3	2	3	1	3	2	1	2	3	2	3	2	1	3	2	40	
11	2	2	3	2	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	43	
12	3	2	2	1	2	3	3	2	3	3	1	2	3	1	2	3	3	2	41	
13	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3	40	
14	3	2	3	3	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	2	40	
15	3	1	2	3	1	2	1	2	3	2	3	2	1	2	3	2	3	3	39	
<b>VARP</b>	<b>0.41</b>	<b>0.64</b>	<b>0.38</b>	<b>0.69</b>	<b>0.52</b>	<b>0.55</b>	<b>0.64</b>	<b>0.71</b>	<b>0.5</b>	<b>0.64</b>	<b>0.7</b>	<b>0.38</b>	<b>0.52</b>	<b>0.64</b>	<b>0.54</b>	<b>0.54</b>	<b>0.67</b>	<b>0.41</b>	<b>2.21</b>	
<b>ΣVARP</b>	<b>10.1</b>																			

Evaluación de cada pregunta: 1= no se entiende bien y hay que modificar algo restando palabras; 2= no se entiende bien y hay que modificar algo agregando palabras; 3= se entiende todo.

$$\alpha = \frac{18}{18-1} \left( 1 - \frac{2.21}{10.1} \right)$$

$$\alpha = 0.82$$

donde:

K: El número de ítems = 18

$S_i^2$  : Sumatoria de Varianzas de los Ítems = 10.1

$S_T^2$  : Varianza de la suma de los Ítems = 2.21

$\alpha$  : Coeficiente de Alfa de Cronbach

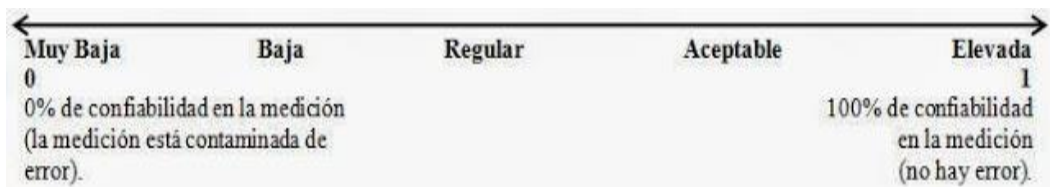
$\alpha$  : Coeficiente de Alfa de Cronbach = 0,82

Entre más cerca de 1 está  $\alpha$ , más alto es el grado de confiabilidad.

### Confiabilidad

Se puede definir como la **estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos**.

Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.



ANEXO N° X :

SOLICITUD A DIRECTOR DE RED DE CAJAMARCA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA  
EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

SR(a).- Edward Henry Mundaca Vidarte

SD.

Yo, NADIA GABRIELA OCAÑA AGUILAR, alumna de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificada con DNI 77146116, ante Ud. Con respeto me presento y expongo:


1. Que es función de la Universidad la generación de conocimiento RELEVANTE y ÚTIL para abordar los problemas de salud que afectan nuestra región y el país a través de la investigación.
2. Que es una responsabilidad del MINSA facilitar la ejecución de estudios de investigación en su ámbito para que contribuyan a solucionar los problemas que existen, pero que no han sido sistematizados o explicados.
3. Por ello solicito su anuencia para poder llevar a cabo el estudio: **"Ansiedad, estrategias y recursos de afrontamiento de trabajadores de salud en primera línea COVID-19 del primer nivel de atención, Cajamarca, 2021"**.
4. La ejecución del estudio consiste en aplicar una encuesta para evaluar la ansiedad y los recursos de afrontamiento, que demanda un tiempo aproximado de 10 minutos en cada trabajador.
5. Con la autorización del trabajador se comunicará a los especialistas en salud mental de la Red Cajamarca, a fin de lograr abordar adecuadamente esta afectación consecuencia de la Pandemia COVID-19.

Realmente como verá este estudio tiene la FORTALEZA que permitirá a la Universidad Nacional de Cajamarca cumplir con el rubro de RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA, al contribuir en la identificación de un problema de salud en los trabajadores y la facilitar oportuna intervención del mismo. Además con los resultados del estudio se facilitará al MINSA el abordaje estratégicamente del problema de la ansiedad en Red Cajamarca.

Esperando contar con su aprobación por justicia que espero alcanzar, no sin antes expresar sentimientos de especial consideración y estima personal.

ATENTAMENTE:

  
Nadia Gabriela Ocaña Aguilar  
Alumna de la Facultad de Medicina de la UNC  
DNI 77146116  
Teléfono: 979734234

  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CAJAMARCA  
TRAMITE DOCUMENTARIO

NÚMERO	5798874
FECHA	04-06-21
HORA	07:07 am
POLICIA	01
ZA	

**ANEXO N° XI :**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**(Página 1 DE 2)**

DIRIGIDO A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: *“Niveles de ansiedad, estrategias, preferencias de recursos de afrontamiento y factores asociados en trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, Cajamarca, junio 2021.”*

Estimado trabajador de Salud:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle su amable colaboración para que tenga la oportunidad de participar voluntariamente en la presente investigación conducida por la alumna de séptimo año de Medicina: Nadia Gabriela Ocaña Aguilar; cuyo propósito es: (1) Analizar el nivel de ansiedad en los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, y (2) conocer las estrategias y recursos necesarios para el afrontamiento que estarían interesados en participar. Se beneficiará con determinar si presenta ansiedad por estar expuesto a los riesgos de esta pandemia COVID-19.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria y confidencial. Si usted acepta participar voluntariamente, se le solicitará responder un cuestionario de 25 preguntas, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Se le entregará una copia de este consentimiento.

Responder las preguntas del cuestionario de dos páginas no afectará su salud.

No se usará la información para ningún otro propósito fuera del estudio, por tanto, las respuestas serán codificadas siendo anónimas.

De tener alguna duda sobre esta investigación, puede hacerlas en cualquier momento durante su participación en ella.

Información de contacto: Nadia Gabriela Ocaña Aguilar, Telf. 979734234.

Finalmente, agradezco su valiosa participación.

**Autora. Nadia Gabriela Ocaña Aguilar  
D.N.I. 77146116**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Página 2 de 2)

Yo (Nombres y Apellidos en letras de imprenta):

-----

He leído atentamente la ficha de consentimiento informado que se me ha otorgado y acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna Nadia Gabriela Ocaña Aguilar; a su vez he sido informada de que el objetivo de esta investigación es: (1) Analizar el nivel de ansiedad en los trabajadores de salud del primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19, y (2) conocer las estrategias y recursos necesarios para el afrontamiento que estarían interesados en participar.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario de 25 preguntas, lo cual me tomará 10 minutos. Reconozco que la información que brinde es estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de estudio sin mi consentimiento.

Responder el cuestionario no producirá ningún efecto en mi salud mental.

Autorizo se entregue los resultados de mi cuestionario al profesional especializado en salud mental del establecimiento para que me pueda ayudar de ser necesario:

Sí ( ) No ( )

Entiendo que puedo hacer preguntas sobre la investigación como también aclarar las dudas que tenga. Finalmente, expreso mi conformidad para participar de esta investigación.

---

**Nombres y Apellidos  
del participante**

---

**Firma del participante**

---

**Fecha**

**ANEXO N° XII :**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**CÓDIGO** \_\_\_\_\_

**Datos generales**

**Nombre del Establecimiento**.....

Edad: _____ años.	Profesión: Enfermero ( ) Médico( )
Género: mujer( ) varón( )	Técnico ( ) Otro.....
Enfermaste por Coronavirus : sí( ) no ( )	¿Acude a áreas COVID? sí( ) no( )
¿Cuánto tiempo labora en el establecimiento? .....	¿Cómo labora?: -Predominio Intramural ( ) -Predominio Extramural ( )

**Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)**

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

¿Cuáles son las estrategias que utiliza actualmente, frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos?

**PUEDEN MARCAR MÁS DE UNO**

Ejercicio / actividad física ( )	Terapia de conversación ( )
Yoga ( )	Práctica basada en la fe/espiritualidad ( )
Meditación ( )	Grupo de apoyo virtual ( )
Otro(s).....(especificar)	Ninguno ( )

¿Qué recursos de apoyo estaría interesado de acudir frente a un suceso negativo o displacentero que altere sus sentimientos o pensamientos?

<b>Fuente de Bienestar: Señale con “x” su nivel de interés</b>	<b>0 = No interesado (a)</b>	<b>1 = Algo interesado (a)</b>	<b>2 = Bastante interesado (a)</b>	<b>3 = Extremadamente interesado(a)</b>
Tener asesoramiento o Terapia Individual Tradicional (presencial con profesional)	0	1	2	3
Tener asesoramiento individual guiado con acceso al terapeuta, vía online	0	1	2	3
Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, vía online	0	1	2	3
Viendo un video de bienestar mental	0	1	2	3
Con un grupo de apoyo para profesionales de salud, (presencial con profesional)	0	1	2	3
Con un grupo de bienestar general (con otras personas de la comunidad), vía online	0	1	2	3
Ninguno	0			

*Gracias por su participación en el presente estudio.*

**ANEXO N° XIII :**

**TABLA. Relación de establecimientos de salud, población accesible y muestra.**

<b>Sector Sanitario</b>	<b>Población accesible</b>	<b>Establecimiento</b>	<b>Población accesible</b>	<b>Muestra</b>
MINSA	123	ES I - 3 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "ESPERANZA DE VIDA"	10	7
		ES I - 2 CAJABAMBA	9	6
		ES I - 2 MICHAELA BASTIDAS	3	2
		ES I - 3 MAGNA VALLEJO	21	14
		ES I - 3 LA TULPUNA	16	11
		ES I - 4 BAÑOS DEL INCA	35	24
		ES I - 4 PACHACUTEC	29	20
PRIVADO	34	ES I - 2 ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL Y MEDICINA INTEGRATIVA	3	2
		ES I - 1 BERMALAB (*)	1	1
		ES I - 1 CONSULTORIO DENTAL TORRES	5	3
		ES I - 1 CENTRO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO DE SALUD ASIRI	1	1
		ES I - 2 CENTRO MÉDICO CARRIÓN	3	2
		ES I - 1 CENTRO MÉDICO GRACIELA SOTO (*)	1	1
		ES I - 3 CENTRO FAMILIA SANA	5	3
		ES I - 3 CENTRO ODONTOLÓGICO DIAMANTE DENTAL	1	1
		ES I - 2 CETO MÉDICOS SRL	1	1
		ES I - 1 CONSULTORÍA CLUBSALUD (*)	2	1
		ES I - 3 MEDISALUD GROUP	7	5
BOMBEROS	12	ES I - 1 MULTIDENTAL (*)	2	1
		ES I - 1 SOLUCIONES DENTALES E.I.R.L. (*)	2	1
BOMBEROS	12	COMPAÑÍA DE BOMBEROS CAJAMARCA (*)	12	8
ESSALUD	6	ES I - 3 ESSALUD - CENTRO MÉDICO CAJABAMBA	6	4
FUERZAS POLICIALES	6	ES I - 4 POLICLÍNICO POLICIAL CAJAMARCA	4	3
<b>Total general</b>	<b>179</b>	<b>Total general</b>	<b>179</b>	<b>122</b>

(\*) Se les considera como E.S. categoría I – 1 por su nivel de complejidad de actividades que realizan y no hubo médico en el momento del estudio.