

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Ansiedad y depresión en el personal asistencial  
del Hospital II-E Juanjuí, 2021**

Elsa Marcela Bruno Latorre  
Cecilia Isla Ramirez  
Ronald Salinas Parejas

Para optar el Título Profesional  
de Licenciado en Psicología

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

**Asesor**

Mg. Luis Antonino Lazarte Aranguren

### **Dedicatoria**

Dedicamos esta investigación a los héroes sin capa, a todo el personal de salud que estuvo al frente de la pandemia y a las víctimas por COVID-19.

Esta tesis también va dedicada a nuestros amigos por permanecer a nuestro lado en los momentos difíciles y por brindarnos su apoyo incondicional.

De igual forma, a los maestros que fueron parte de nuestra formación profesional, ya que nos transmitieron sus conocimientos.

## **Agradecimientos**

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron en la realización de este trabajo de investigación, en especial a nuestro asesor Mg. Luis Antonino Lazarte Aranguren por sus acertados consejos basados en su amplia experiencia profesional.

### **Elsa Marcela Bruno Latorre**

Agradezco a Dios, a mi esposo Julio Fernández y a mis hermosos hijos Javiera, Belén y Jorge por todo el apoyo durante toda mi carrera profesional.

### **Cecilia Isla Ramírez**

Agradezco a Dios, a José Luis Gonzales por su apoyo incondicional, a mi hijo Luis Javier por ser mi motivo, y a mi familia por su comprensión y apoyo.

### **Ronal Salinas Parejas**

Agradezco a Dios por brindarme buena salud, a mis padres por su gran apoyo incondicional, también a mis colegas de tesis por su apoyo y comprensión, a mi perrito Whatsapp por su gran compañía.

Un agradecimiento grupal al director del Hospital II-E de Juanjuí Mg. Obsta. Franco Navarro del Águila, por brindarnos las facilidades correspondientes para la aplicación de los instrumentos psicológicos y sobre todo un agradecimiento a los trabajadores asistenciales de dicha institución, ya que sin su participación esta tesis no habría sido posible.

## Índice de contenido

<b>Asesor</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen</b>	<b>viii</b>
<b>Abstract</b>	<b>ix</b>
<b>Introducción</b>	<b>ix</b>
<b>Capítulo I: Planteamiento del estudio</b>	<b>1</b>
1.1. Delimitación de la investigación	1
1.2. Planteamiento y formulación del problema	1
1.3. Formulación del Problema.	2
1.3.1. Problema general.	2
1.3.2. Problemas específicos.	3
1.4. Objetivos de la Investigación.	3
1.4.1. Objetivo general:	3
1.4.2. Objetivos específicos:	3
1.5. Justificación del estudio	4
<b>Capítulo II: Marco teórico</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.1.1. Estudios internacionales:	5
2.1.2. Estudios latinoamericanos:	6
2.1.3. Estudios nacionales.	9
2.1.4. Estudios locales	11
2.2. Hipótesis de la investigación	11
2.2.1. Hipótesis general	11
2.2.2. Hipótesis específicas	11
2.3. Descripción de variables	12
2.3.1. Ansiedad	12
2.3.2. Depresión	12
2.4.1. Ansiedad	13
Definición	13
2.4.2. Depresión	20

Definición	21
2.5. Operacionalización de variables	27
<b>Capítulo III: Metodología</b>	<b>29</b>
3.1. Método, tipo y alcance de la investigación	29
3.2. Diseño de Investigación	29
3.3. Población, muestra y muestreo	30
3.3.1. Población	30
3.3.2. Muestra	30
3.3.3. Muestreo	31
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	31
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.5.1. Inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE)	33
3.5.2. Inventario de depresión de Beck BDI-II	35
<b>Capítulo IV: Resultados y discusión</b>	<b>39</b>
4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información	39
4.1.2 Contrastación de hipótesis	41
4.1.2.1 Prueba de normalidad	41
4.1.2.2 Contrastación de la hipótesis general	41
4.1.2.3 Contrastación de las hipótesis específicas	42
4.3. Discusión de resultados	48
4.4. Conclusiones	52
4.5. Recomendaciones	53
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>55</b>
<b>Anexos</b>	<b>62</b>

## Índice de tablas

Tabla 1: <i>Matriz de operacionalización de variables</i>	37
Tabla 2: <i>Trabajadores asistenciales según grupo ocupacional.</i>	41
Tabla 3: <i>Ficha técnica inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE)</i>	42
Tabla 4: <i>Ficha técnica inventario de depresión de Beck BDI-II</i>	45
Tabla 5: <i>Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.</i>	49
Tabla 6: <i>Prevalencia según nivel de ansiedad y depresión en el personal asistencial</i>	50
Tabla 7: <i>Resultados de normalidad de datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov</i>	51
Tabla 8: <i>Prevalencia según nivel de ansiedad en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	52
Tabla 9: <i>Prevalencia según nivel de depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	53
Tabla 10: <i>Diferencias con T de Student entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el género, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	54
Tabla 11: <i>Diferencias con F de ANOVA entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el tiempo de servicio, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	55
Tabla 12: <i>Diferencias con F de ANOVA entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el grupo ocupacional en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	56
Tabla 13: <i>Diferencias con la U de Mann-Whitney entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el género, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	57
Tabla 14: <i>Diferencias con la H de Kruskal-Wallis entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el tiempo de servicio, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	57
Tabla 15: <i>Diferencias con la H de Kruskal-Wallis entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el grupo ocupacional, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021</i>	58

## Índice de Figuras

*Figura 1.* Simbología del diseño

40

## Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la ansiedad y la depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021. El diseño de la investigación es cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal. La muestra obtenida es de 110 trabajadores de régimen asistencial de una población de 152 trabajadores. Además, esta muestra se ha realizado bajo el método de muestreo no probabilístico y no aleatorio por conveniencia. Asimismo, como instrumentos de evaluación se ha empleado el inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1967) adaptados por Castro (2016) y el inventario de depresión de Beck BDI-II de Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown (Barreda 2019). Los resultados del estudio demostraron que existe síntomas de ansiedad en un 67.3 % de la muestra, por otra parte, hay evidencia de síntomas de depresión en un 46.3 % del personal evaluado, los niveles de ansiedad encontrados fueron los siguientes: leve (14.5 %), moderado (15.5 %) y grave (37.3 %). En tanto, los niveles de depresión fueron los siguientes: leve (13.6 %), moderado (11.8 %) y grave (20.9 %). De esta manera, los resultados confirman lo identificado en estudios preliminares donde el personal asistencial de sexo femenino, de ocupación enfermería y con más de dos años de permanencia en la institución sufre con mayor énfasis los síntomas de ansiedad estado y depresión en sus diferentes niveles. Por tanto, esta investigación contribuyó al estudio de la ansiedad y la depresión en el personal asistencial, y promueve el desarrollo de la salud mental de los involucrados.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, prevalencia, salud mental, personal asistencial, Covid-19.

## **Abstract**

The objective of this research is to determine the prevalence of anxiety and depression in the care staff of the Hospital II-E Juanjuí, 2021. The research design was non-experimental, simple descriptive cross-sectional. The study population was made up of all the staff, a sample of 110 care workers was taken. Data were collected using the State and Trait Anxiety Inventory (IDARE) and the Beck Depression Inventory BDI-II by Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown (Barreda 2019). The results of the study determined the prevalence of anxiety with 67 % and depression with 47 %, confirming the hypotheses raised, where it indicates that anxiety and depression are more prevalent in female personnel, also in personnel with more than two years of experience. service and in the nursing occupational group. This study concludes that there is a high level of anxiety and depression in care workers.

The anxiety total scores found were: Moderate anxiety (2 %), low anxiety (37 %) and potentially concerning levels of anxiety (61 %); Regarding levels of depression scores found were: mild (14 %), moderate depression (12 %) and severe depression (21 %). In the same way, the results confirm what has been identified in preliminary studies, female care personnel, nursing occupation and with more than two years of permanence in the institution suffer with greater emphasis the symptoms of anxiety and depression. Therefore, it is expected that this research will provide initial contributions on the way in which anxiety and depression are manifested in healthcare personnel. The opportunity opens up to enable new research on the validity of intervention programs, so that it supports the development of workers' mental health.

**Keywords** anxiety, depression, prevalence, mental health, healthcare personnel, Covid-19.

## **Introducción**

La OMS (2020) sostiene que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esto implica que la salud va más allá de la ausencia de afecciones o enfermedades físicas. Dos de los principales trastornos mentales son la ansiedad y la depresión. A escala mundial, se calcula que 3,6 % de la población sufre de trastorno ansiedad, mientras que un 4,4 % de la población sufre un trastorno depresivo (OPS, 2017). Lo que significa que son dos de las enfermedades mentales más frecuentes a nivel mundial (OMS, 2018).

El personal de salud, que enfrenta la pandemia por COVID-19, está expuesto a múltiples peligros que ponen en riesgo su salud física y mental. Por ello, es importante que cada trabajador pueda mantener su bienestar psicológico dentro de su centro de trabajo a efectos que pueda conservar un desempeño eficiente dentro de su labor. El deterioro de su salud mental como trabajador perjudica su rendimiento y, a su vez, tendría un impacto desfavorable sobre la calidad de la atención del paciente. Por esta razón, toma relevancia la necesidad de promover la salud mental del personal asistencial.

De esta manera, Alvarado (2020) menciona que la pandemia ha incrementado la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la salud y dejó al descubierto que los países no han desarrollado políticas específicas para proteger su salud mental. En la actualidad, el Hospital II-E de Juanjuí de la provincia de Mariscal Cáceres no ha desarrollado una política de atención del bienestar psicológico del personal asistencial, lo cual podría ser un escenario perjudicial para la salud mental de los trabajadores.

Por tanto, esta investigación tiene relevancia porque nos permitirá conocer el estado de salud mental de los trabajadores asistenciales del centro hospitalario materia de este estudio, para generar un diagnóstico de línea base para próximas investigaciones.

La investigación es de método cuantitativa descriptiva transversal no experimental, ya que se procuró expandir las bases teóricas sobre la ansiedad y la depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí por medio de la recolección de datos, mas no indicar su relación con el contexto u otras variables. Asimismo, se estudió la variable ansiedad y depresión en un momento dado, único (Hernández 2014).

La distribución de la presente investigación incluye cuatro capítulos: el primero consiste en el planteamiento del estudio, el segundo plantea el marco teórico, el tercero detalla la metodología aplicada para la elaboración de la tesis y el cuarto capítulo muestra los resultados, discusión de estos, las conclusiones y finalmente las recomendaciones.

Isla Ramírez, Cecilia

Bruno Latorre, Elsa M.

Salinas Parejas, Ronal

## **Capítulo I**

### **Planteamiento del Estudio**

#### **1.1. Delimitación de la Investigación**

El estudio se desarrolló en el Hospital II-E Juanjuí, ubicado en la provincia de Mariscal Cáceres en la región de San Martín, Perú. La recopilación de datos se realizó a principios del 2021. El estudio es de método cuantitativo descriptivo, puesto que busca determinar el nivel de los estados de ansiedad y depresión, empleando las escalas de interpretación de los instrumentos de evaluación.

Los resultados del presente estudio nos permiten determinar la prevalencia de trastornos psicológicos de la ansiedad y la depresión en el personal asistencial. Por lo que esta investigación brinda aportes iniciales sobre la forma como se manifiestan estos trastornos en el personal asistencial. Por lo que se abre la oportunidad de habilitar nuevas investigaciones sobre las variables que pudieran explicar la ansiedad y la depresión, así como la eficacia de posibles programas de intervención, de manera que esta promueva el desarrollo de la salud mental de los trabajadores.

#### **1.2. Planteamiento y formulación del problema**

Las enfermedades de salud mental, tales como la ansiedad y la depresión, constituyen una epidemia silenciosa que ha afectado a la población desde antes de la ocurrencia de la COVID-19 (OPS 2020). Existe evidencia de que esta pandemia constituye un factor que deteriora significativamente la salud mental del personal asistencial, y afecta su desempeño laboral. (Huang, Han, Luo, Ren & Zhou., 2021).

Algunas variables relacionadas con el incremento de la ansiedad y la depresión son la sobrecarga laboral, la falta de cumplimiento de medidas de bioseguridad, el aumento de la tasa de mortalidad asociada a la COVID-19, miedo al contacto físico, sumado la

frustración, los prejuicios y el miedo a contagiarse, los cuales exacerbaban aún más los problemas de salud psicológica señalados previamente Shahzad, Du, Khan, Fathen, Shahbaz, Abbas, y Watto (2020).

Existen varios estudios que refuerzan la hipótesis de que el trabajo asistencial durante la pandemia deteriora la salud mental de los trabajadores. Pappa, Ntella, Giannakas, & Giannakoulis (2020) identificaron que existe un 29 % de trabajadores asistenciales que atraviesan cuadros de ansiedad, además el 20 % de ellos refieren síntomas depresivos. Por otro lado, Virto, Virto, Cornejo, Loayza, Álvarez, Gallegos & Triveño (2020) determinaron que el 42 % del personal médico tenía síntomas de ansiedad, así como también el 31 % presenta síntomas depresivos. Del mismo modo, Lozano (2020) identificó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23 %, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos.

Por esta razón, se anticipa que el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí que desarrolla funciones durante la pandemia por COVID-19 tendrá mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos, tales como la ansiedad y la depresión. El objetivo del estudio será comprobar la existencia de estos trastornos y su respectiva prevalencia en los trabajadores asistenciales.

### **1.3. Formulación del Problema**

#### **1.3.1. Problema general**

Frente a la ausencia de investigaciones científicas preliminares que determinen, de forma confiable y válida, la existencia de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión en trabajadores asistenciales del Hospital II -E Juanjuí, surge la siguiente pregunta: ¿cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión existente en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?

### **1.3.2. Problemas específicos.**

En la presente investigación, buscaremos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
- ¿Cuál es la prevalencia de la depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
- ¿Existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
- ¿Existen diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?

### **1.4. Objetivos de la Investigación**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
- Determinar la prevalencia de la depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
- Determinar la existencia de diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021
- Determinar la existencia de diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

### **1.5. Justificación del Estudio**

En el Hospital II-E de Juanjuí se ha identificado un considerable número de trabajadores con síntomas de ansiedad y depresión. En tal sentido, la presente investigación está dirigida a determinar la prevalencia de estos trastornos en el personal asistencial del hospital mencionado. Teniendo como finalidad que los resultados sean fuente de datos para la institución y esperando que se produzca mayor interés por el bienestar de los trabajadores asistenciales y que este estudio sirva como antecedente para futuras investigaciones.

La justificación teórica de este estudio es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente de la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial en contexto de la COVID-19. Alvarado (2020) menciona que esta pandemia aumentó la ansiedad y la depresión de los trabajadores de la salud, además menciona que los países no han desarrollado políticas específicas para proteger la salud mental.

En cuanto a la justificación metodológica del estudio, se aplicó instrumentos específicos para cada variable, inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE) para la variable ansiedad y el inventario de depresión de Beck BDI-II para depresión; ambos instrumentos presentan una confiabilidad alta, siendo estas las más adecuadas para este estudio.

Asimismo, el presente estudio tiene relevancia social, debido a que nos permitirá brindar aportes iniciales sobre ansiedad y depresión, a la vez comprender más sobre este fenómeno, y promoverá la mejora de la salud mental de los trabajadores asistenciales de centros hospitalarios.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

##### **2.1.1. Estudios internacionales**

En esta sección, detallaremos la investigación preliminar sobre la ansiedad y la depresión entre los trabajadores de atención hospitalaria. Es así como Tran, Nguyen, Luong, Bui, Phan (2019) desarrollaron un estudio en Vietnam, con el objetivo de examinar la coexistencia de ansiedad y depresión entre enfermeras clínicas en un hospital. Se aplicó como herramienta la técnica de encuesta y uso de la Escala de Corto Plazo de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21), con tres subescalas: DASS 21-estrés, DASS 21-ansiedad y DASS 21-reductor, cada subescala incluye 7 elementos. Con retroalimentación tipo Likert. Los resultados determinaron que los índices de ansiedad y depresión fueron del 40% y 13%, respectivamente. Además, el 45% de los participantes presentaba síntomas de al menos un trastorno mental.

Salari, Khazaie, Hosseinian, Khaledi, Kazeminia, Mohammadi, & Eskandari (2020) realizaron un estudio en Irán con el objetivo de examinar y determinar la prevalencia de ansiedad y depresión entre los trabajadores de atención primaria de la salud en la pandemia de COVID-19. La muestra estuvo compuesta por un total de 29 estudios previos, y para analizar los resultados reportados en los estudios recolectados se utilizó un modelo de efectos aleatorios. De manera similar, la heterogeneidad de los estudios se evaluó mediante un software de metanálisis integral. Los resultados mostraron que la tasa de ansiedad fue del 26 %, mientras que la tasa de depresión entre los trabajadores de la salud fue del 24 %. En cuanto a personal médico, la prevalencia de ansiedad es del 20% y la depresión es del 40%.

Pouralizadeh, Bostani, Maroufizadeh, Ghanbari, Khoshbakht, Alavi, & Ashrafi (2020), en su estudio transversal en línea, ansiedad, depresión y factores relacionados en enfermeras de hospitales en la Universidad de Ciencias de la Salud de Guilan durante COVID-19, había 441 enfermeras trabajando en el hospital. La ansiedad y la depresión se midieron mediante el Trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7) y el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9), y los resultados mostraron que el manejo de la epidemia de COVID-19 generó altos niveles de ansiedad y depresión. Entre el personal médico del Hospital de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guilan. Según los autores, los factores de riesgo asociados con el desarrollo de ansiedad fueron predominantemente mujeres, con sospecha de COVID-19, ser personal designado en el área COVID-19 y sin equipo de protección personal completo. En términos de factores de riesgo para la depresión, también es femenino, tiene una enfermedad crónica, se sospecha que tiene COVID-19 o está en confinamiento por el virus.

### **2.1.2. Estudios latinoamericanos**

En el ámbito latinoamericano, Pozzebon, Facco, Toniolo, & Rodrigues (2016) Realizó un estudio en Brasil, cuyo objetivo principal fue evaluar la relación entre la ansiedad, la depresión y el dolor craneocervicomandibular entre el personal de enfermería. Para la recolección de datos se utilizaron técnicas de encuesta, se utilizó como herramienta la Escala de Estrés Percibido (PSS), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y los criterios diagnósticos de investigación para el estudio y trastorno temporomandibular (RDC). La muestra estuvo compuesta por 43 participantes, todas mujeres entre 20 y 50 años de edad, de las cuales el 74% eran técnicas de enfermería y el 26% enfermeras. Los resultados mostraron que el 12% presentaba síntomas de ansiedad y el 9% presentaba síntomas de depresión.

Por su parte, Valdez (2020), en el estudio realizado por el Instituto para el Desarrollo Humano de Bolivia durante la cuarentena por COVID-19, tuvo como objetivo conocer la principal respuesta a la experiencia del personal de salud, en la encuesta a 117 personas, entre médicos, enfermeras, bioquímicos y fisioterapeutas, el 36% dijo estar atendiendo casos de COVID-19, y el 67% dijo haber recibido equipos de bioseguridad para la atención durante la cuarentena. El método de investigación utilizado para el estudio es descriptivo y la herramienta es una encuesta virtual, y los resultados mostraron que durante el período de aislamiento el 84% de los trabajadores de la salud sufren de ansiedad, depresión, cambios de humor, insomnio y miedo, y el 14% consumió somníferos, antidepresivos e incremento el consumo de tabaco, el 30% discutió sus preocupaciones con compañeros de trabajo o familiares, y solo al 9% buscó apoyo psicológico.

Además, Martínez, Azkoul, Rangel, Sandia & Pinto (2020) realizaron un estudio en Venezuela donde propusieron evaluar el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores, tomando muestras de 150 personas entre ellas médicos, enfermeros, administradores y estadísticos y otros trabajadores del estado Mérida. Este estudio es observacional, descriptivo y transversal, en el que se aplica a la muestra la escala DASS-21. Además, los resultados mostraron que el 33% mostró signos de ansiedad y el 35% mostró signos de depresión en diversos niveles; determinaron que el 43% de los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con COVID-19 mostraron un aumento significativo en las variables estudiadas.

De igual forma, Conicet (2020) realizó un estudio en Argentina por un grupo de investigadores del Conicet y cuatro universidades: Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Adventista del Plata (UAP), Universidad de Austral (UA) y Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES) Participaron más de 800 profesionales en medicina, enfermería, kinesiología y otras especialidades de todo el país. Los resultados

mostraron que el 84% de los trabajadores de la salud sufren ansiedad y depresión por temor a que un ser querido contraiga el virus COVID-19, el 65% por temor a contagiarse y el 36% por la presión de tener que decidir a quién priorizar. El método utilizado para el estudio fue virtual a través de un cuestionario en línea del Conicet.

Además, Naranjo & Poveda (2021) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la presencia de conductas ansiosas y depresivas entre los trabajadores de la salud de Ecuador ante una emergencia sanitaria provocada por el COVID-19, el estudio fue de método descriptivo, las herramientas utilizadas para la investigación fueron los siguientes: perfiles sociodemográficos y escalas hospitalarias de ansiedad y depresión. De igual forma, se estudiaron variables de edad, sexo, especialidad y síntomas de ansiedad y depresión. Además, se estudiaron a 400 especialistas de diversas áreas de la salud, del total de profesionales estudiados, el 46% presentó manifestaciones de ansiedad, y se identificaron síntomas de depresión en el 34%. Los puntajes más altos de ansiedad y depresión se han reportado entre el personal de enfermería, lo que lleva a la conclusión de que los trabajadores de la salud se encuentran entre los más vulnerables a los efectos psicológicos de la lucha contra la pandemia de COVID-19.

De igual forma, Miranda & Murguía (2021) realizaron un estudio en Cuba con el objetivo de determinar la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con COVID-19. Para ello, se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 61 profesionales médicos y técnicos que trabajan directamente con pacientes con COVID-19. El instrumento utilizado fue la encuesta, y los resultados identificaron síntomas relacionados con la ansiedad en un 54% y depresión en un 59%.

### **2.1.3. Estudios nacionales**

Virto, Ccahuana, Loayza, Cornejo, Sanchez, Cedeño, Virto, & Tafet (2021) realizaron un estudio en la ciudad de Cusco-Perú con el objetivo de determinar la influencia de los factores relacionados con la ansiedad y la depresión en las primeras etapas del aislamiento social, en respuesta a los problemas urgentes de salud ocasionados por la pandemia del COVID-19. El estudio fue descriptivo y cuantitativo y el instrumento utilizado fue una encuesta en línea, en la que se obtuvieron 1089 respuestas. Según la encuesta, las personas que dieron positivo por COVID-19 tuvieron una asociación positiva con la ansiedad, y el contacto con alguien sospechoso de tener COVID-19 tuvo una asociación positiva con la depresión; Los resultados también mostraron que en los primeros días de aislamiento hubo ansiedad (20,7%) y depresión (18,1%).

Por su parte, Franco (2021) tuvo como objetivo en su estudio realizado en la ciudad de Lima, determinar la relación entre los factores sociodemográficos y los síntomas de ansiedad y depresión en los trabajadores asistenciales, durante la pandemia, de 88 médicos que laboran en áreas COVID. -19. El método guiado por el estudio fue una encuesta en línea y las herramientas utilizadas fueron PHQ-9 para síntomas depresivos, GAD-7 para síntomas de ansiedad. Los resultados mostraron que el 59% de los médicos tenían síntomas de ansiedad. Y el 45% tenía síntomas de depresión. Finalmente, se determinó que factores sociodemográficos como ser residente, trabajar en primera línea de atención, ser jefe de familia, trabajar en múltiples hospitales y trabajar al servicio del COVID-19 se asociaron con síntomas de ansiedad y depresión.

Además, Oliva & Chávarry (2021) realizaron un estudio bibliográfico reflexivo mediante la recopilación y el análisis de artículos que tratan sobre el tema en estudio, con

el objetivo de conocer el impacto emocional en los profesionales de enfermería durante la pandemia, la búsqueda de datos se realizó en fuentes autorizadas de artículos de investigación como PubMed, Scielo y Dialnet, entre otros, para un total de 9 evidencias científicas, los resultados fueron en tiempos de la pandemia de COVID-19, los profesionales de enfermería tuvieron problemas de ansiedad y depresión causados por el agotamiento y sobrecarga laboral, el temor a contagiarse y poner en riesgo a sus familiares. Por lo tanto, concluyeron que es importante y necesario potenciar el cuidado del lado emocional del profesional de enfermería, a través de acciones que proporcionen un mejor ambiente para el personal médico y, por lo tanto, mejores condiciones de trabajo para los trabajadores de la salud.

De igual manera, Obando, Arévalo, Aliaga & Obando (2020) realizaron un estudio en Perú con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y depresión de enfermeras que atienden a pacientes con sospecha de COVID-19. El método utilizado fue descriptivo transversal, con una muestra no probabilística de 126 enfermeros de los servicios de emergencia de dos hospitales de nivel III de Lima y Callao. Además, los datos se recopilaron en mayo de 2020 utilizando la escala en línea de depresión, ansiedad y estrés DASS-21. Al final, los resultados determinaron que el 39% de las enfermeras expresaron ansiedad y el 25% depresión.

También, Virto, Virto, Cornejo, Loayza, Álvarez, Gallegos & Triveño (2020) desarrollaron un estudio en Cusco (Perú) para determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en el personal de enfermería cuando se exponen a pacientes con COVID-19. El estudio es correlativo, de corte transversal, con una muestra de 89 personas, el instrumento utilizado es una encuesta en línea, los resultados determinaron que el 42% presentaba

síntomas de ansiedad y el 31% presentaba síntomas de depresión, concluyeron que existe relación entre ansiedad y depresión.

Si bien Condori (2020) realizó un estudio en Arequipa para explorar la relación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en trabajadores de la salud, este estudio es solo observacional, transversal y retrospectivo, se realizó una encuesta en línea con disponibilidad del 24 al 30 de junio, en la que participaron 395 médicos que trabajan en hospitales con y sin COVID-19 en toda la región. En un análisis previo se revelaron síntomas severos de ansiedad y depresión, luego se confirmó que el 36% de los médicos tenían síntomas de ansiedad y el 57% de síntomas de depresión, y finalmente se concluyó que si existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

#### **2.1.4. Estudios locales**

Con respecto a los antecedentes locales, es fundamental mencionar que no se encontraron estudios en los últimos cinco años.

### **2.2. Hipótesis de la Investigación**

#### **2.2.1. Hipótesis general**

Existe prevalencia mayor al 40 % de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

#### **2.2.2. Hipótesis específicas**

- Existe una prevalencia mayor a 40 % de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
- Existe prevalencia mayor a 40 % de depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

- Existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
- Existen diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

### **2.3. Descripción de Variables**

#### **2.3.1. Ansiedad**

La ansiedad incluye reacciones emocionales que incluyen sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y ansiedad, en las que se activa el sistema nervioso autónomo (Schwarzer, van der Ploeg & Spielberger (1984)).

Esta variable será evaluada según el Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) adaptado por Castro (2016), se considera solo dimensión: estado; la cual consta de un total de 20 ítems, clasificados mediante una escala ordinal, que va desde “sin ansiedad”, “ansiedad leve”, “ansiedad moderada” y “ansiedad severa”.

#### **2.3.2. Depresión**

Esta variable se entiende como la tendencia a interpretar negativamente hechos o acontecimientos de la vida cotidiana, y verlos de una forma menos útil de lo habitual (Beck et al. 2010).

Esta variable será evaluada por la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck, BDI-II Adaptado por Barreda (2019), para determinar el grado de depresión en las últimas dos semanas. Tiene 4 niveles, que va desde "sin depresión", "depresión leve",

"depresión moderada" y "depresión severa". Asimismo, este inventario es unidireccional y presenta un total de 21 ítems, en escala ordinal.

## **2.4. Bases teóricas**

En este apartado se presenta el sustento teórico respecto a las variables ansiedad y depresión.

### **2.4.1. Ansiedad**

Según Sarudiansky (2013), señala que la etimología de ansiedad se basa en el latín *anxietas*, que se deriva de dos palabras indoeuropeas: *angh* que significa "constricción" y *ango* que significa "angustia". La ambigüedad sobre el origen del término hizo que la ansiedad y angustia se relacionarán como uno solo. Respecto a la historia del término como enfermedad, señala que los trastornos de ansiedad están íntimamente relacionados con el concepto de neurosis, según este autor, Fue Cullen en el siglo XVIII, por tanto, quien argumentó que la neurosis es una condición que afecta principalmente al sistema nervioso, fue Freud en el siglo XIX quien, en sus diversos trabajos, logró dejar en claro la primera clasificación moderna de la ansiedad, definiendo el término neurosis de angustia, precisando que este es un complejo clínico cuyos síntomas giran en torno a la angustia y que su característica principal es la excitabilidad. Henry Ey luego dio una descripción más clara de la clasificación del grupo clínico para la ansiedad. Este es el mismo que se usa y prevalece hasta la actualidad (Ojeda, 2003).

### **Definición**

Encontrando en la actualidad varias definiciones, como con Adwas, Jbireal & Azab (2019), quienes demostraron que el término puede entenderse como la contraparte patológica del miedo natural, cuya manifestación se produce a través de cambios en el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento y el estado fisiológico. Craske & Stein (2016) por su parte definen el trastorno de ansiedad como una alteración común e

incapacitante que puede aparecer durante la niñez, la adolescencia y la adultez temprana. A su vez, Xi (2020) señala que la ansiedad es un sentimiento personal desagradable, y se manifiesta como una respuesta física y mental desadaptativa, cuando un individuo tiene pensamientos muy arraigados y enfocados en un futuro incierto. Además, los autores antes mencionados han demostrado estar de acuerdo con el hecho de que algunas características de este cuadro conducen a los desequilibrios humanos.

### **Enfoques teóricos**

A lo largo del tiempo, a través de diversos enfoques, la ansiedad ha sido estudiada y analizada, comenzando por la teoría psicodinámica. Desde este modelo, la ansiedad es, un reflejo de conflictos no resueltos en las relaciones íntimas, o bien es una manifestación de ira contenida, y por tanto la conducta compulsiva una manifestación de enfermedad, la ansiedad desde este modelo actúa como mecanismo de defensa canalizando la energía psíquica lejos de los impulsos en conflicto (Thorn, Chosak, Baker & Barlow, 1999).

Este concepto también puede explicarse a través del aprendizaje vicario, al observar la reacción de otras personas a los estímulos que causan miedo (Thorn et al., 1999). A partir del modelo conductual de Thorne et al. (1999), la teoría del condicionamiento clásico explica la ansiedad con estímulos neutrales que adquieren la capacidad de provocar una respuesta de miedo después de una asociación repetida con estímulos que producen ansiedad de forma natural.

Luego, el modelo conductual describe la situación desde el punto en que el refuerzo conduce a la ansiedad, especialmente cuando el comportamiento de evitación no está seguro de si será efectivo (Adwas et al., 2019). Finalmente, los modelos cognitivos prestan especial atención a cómo interpretamos o reflexionamos sobre eventos y situaciones

estresantes, se induce a la ansiedad cuando la interpretación es negativa o devastadora (Thorn et al., 1999). La percepción es considerada como factor clave para aumentar o disminuir las respuestas de ansiedad (Adwas et al., 2019).

Cabe destacar el enfoque a partir del cual Spielberg (1966) para desarrollar la evaluación de la ansiedad, desde una línea psicométrico-factorial, por tanto, determina la relación que existe entre la ansiedad y otros constructos y variables que componen la personalidad, construyendo así un modelo teórico general de la ansiedad, basado del sustento del análisis factorial y la teoría de los rasgos de personalidad. Así que desde la teoría de los rasgos de personalidad, parte la teoría de la ansiedad rasgo, entendida como la predisposición a respuestas ansiosas, independientemente del tipo de evento que le ocurra al individuo (Spielberg, 1966).

Aplicando este enfoque a la ansiedad, Spielberger et al. (1966) brinda una interesante explicación al afirmar que la ansiedad como condición se refiere a un estado emocional caracterizado por ser transitorio e impredecible, Asimismo, este autor destaca que los niveles de ansiedad deben ser elevados ante situaciones amenazantes o en situaciones en las que, a pesar de la presencia del peligro, la persona no es consciente de tenerlo. Por otro lado, cuando la ansiedad se considera un rasgo, se entiende como una medida que incluye la diferencia de tendencias ansiosas o tendencias entre una persona u otra, ya que algunos individuos tienden a reaccionar con ansiedad.

Lo principal sobre el modelo de “ansiedad rasgo y ansiedad estado” de Spielberger et al. (1966) está vinculado con el fenómeno de la percepción y evaluación del estímulo, que es visto como una amenaza. Asimismo, la ansiedad como rasgo tiende a presentarse,

de tal manera que el individuo percibe toda situación una amenaza. Sin embargo, la ansiedad-estado se manifiesta como una sensibilidad temporal que muestra respuestas emocionales tan solo en circunstancias específicas. A razón de la relación entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, Spielberger et al (1966) determina que la persona que tiene niveles altos de ansiedad rasgo, muestra también elevados niveles de ansiedad estado. Sin embargo, es posible que cuando un individuo tiene niveles bajos de ansiedad rasgo, puede tener reacciones de ansiedad bastante considerables ante condiciones que se perciben como amenazantes (ansiedad-estado). Cuando se trata a la ansiedad estado (A-Estado), las situaciones anteriormente descritas funcionan como eventos amenazantes que causan tensión inmediata en el individuo, sin embargo, es una respuesta transitoria. Por lo contrario, la ansiedad-rasgo (A-Rasgo), que forma parte de la personalidad del individuo, hay una gran tendencia a ver cada situación como peligrosa.

Basado en lo anterior, Spielberger et al (1966) explican que cuando un individuo se encuentra en una situación generadora de ansiedad, y aumenta su intensidad, se interpreta como una amenaza, por tanto, experimentará sensaciones de miedo y desasosiego; por tal razón, se desencadenan una serie de cambios fisiológicos y de comportamiento, siendo estos el resultado de la activación del sistema nervioso autónomo (A-Estado). Para completar la explicación, el autor dice que una serie de eventos generadores de estrés puede generar una sucesión de conductas orientadas a evitar los estímulos amenazantes, para esto, las defensas psicológicas se activan, generando así la ansiedad rasgo (A-Rasgo). Con respecto a los estados generadores de ansiedad, el autor utiliza el término “tensión” para referirse a un proceso psicobiológico que provoca la ansiedad estado (A-Estado). Por lo anterior, se puede afirmar que la tensión generaría ansiedad en el individuo.

El autor también señala que este proceso se deriva de una situación o estímulo potencialmente peligroso o dañino (un factor estresante). Si el agente inicial se considera peligroso o amenazante, automáticamente se generaría una respuesta de ansiedad estado (A-Estado). Sin embargo, hubo un aumento con relación a la intensidad de ansiedad estado. En resumen, es factible afirmar que hay diversas fuentes de tensión capaces de originar la ansiedad estado (A-Estado); En este sentido, el motivo de preocupación se refiere a las mismas presiones que la sociedad demanda. Asimismo, se agrega que los estados de ansiedad se evalúan de acuerdo a cómo responde el sujeto a las fuentes de estrés y características de la ansiedad rasgo, y estas respuestas se manifiestan en el aprendizaje, manteniendo mecanismos de tolerancias ante los factores generadores de estrés.

En cuanto a algún aspecto o especificidad de la ansiedad, Maina, Mauri, & Rossi (2016) definen la característica común de los trastornos de ansiedad como el miedo excesivo de las personas con este trastorno. Este miedo crea un estado de angustia emocional o ansiedad desproporcionada, lo que resulta en un deterioro funcional significativo. Asimismo, otra característica de la ansiedad es la ansiedad esperada, fenómeno definido como el aumento de la ansiedad o tensión al acercarse a una situación temida y evitar estímulos o situaciones.

Según Adwas et al. (2019), la ansiedad se caracteriza por cambios en el sueño, la concentración y el funcionamiento social, además de la presencia de agitación, angustia o tensión emocional, fatiga, dificultad para poner la mente en blanco, tensión muscular. e irritabilidad. Por su parte, Craske et al. (2016) indica que las personas ansiosas muestran un miedo excesivo y frecuentemente evitan las amenazas percibidas en el entorno.

La ansiedad puede afectar a cualquier persona durante muchos años. En el campo médico, se ha comprobado que este trastorno persiste desde la adolescencia. Este aumento genera como consecuencia un incremento de los costos de atención medica (Rimvall,

Jeppesen, Skovgaard, Verhulst, Olsen & Rask, 2020). Otros autores que abordan las causas de la ansiedad son Munir & Takov (2019), quienes han demostrado que estas causas están relacionadas con el estrés y determinadas condiciones físicas como la diabetes o la depresión. También sugieren que el origen de la ansiedad puede ser genético debido a antecedentes familiares del trastorno, por otro lado, también se tienen en cuenta factores ambientales como el maltrato infantil y el abuso de sustancias.

### **Consecuencias**

Yohannes & Alexopoulos (2014) indican que entre las consecuencias que éste genera está el miedo intenso, sensación de pánico, la baja autoestima y, en casos extremos, el aislamiento social. Por otro lado, la ansiedad misma crea un círculo vicioso que perdura en el tiempo. Por su parte, Xi (2020) señala que las consecuencias de la ansiedad dependen de lo que hagan las personas que la padecen, así, pueden responder positivamente utilizando la enfermedad como una oportunidad de aprendizaje y desarrollo personal, fortaleciendo el desarrollo físico y mental o pueden manejar la ansiedad de manera desadaptativa, permitiendo que este padecimiento llegue a su última etapa y se salga de control. Por lo que puede afectar la salud física y psicológica y ocasionar trastornos corporales y/o mentales.

### **Evaluación**

Para la valoración de la ansiedad se considerará el Inventario de Ansiedad: Estado y Rasgo (IDARE), adaptado por Castro (2016), que mide la ansiedad en las dos dimensiones mencionadas. Pero para efectos del presente estudio solo se considerará la ansiedad estado, siendo una de las dimensiones o subtipos los que se pueden interpretar, en los siguientes indicadores: la calma, que es la sensación de estar calmado. Seguridad,

sensación de sentirse seguro y sin preocupaciones. Tensión, si se siente tensa. Contracción, si está contraída. Placer, si tiene la sensación de un estado de placer. Alteración, si se siente alterada. Preocupación, si está preocupada por contratiempos o por cualquier otra razón. Descanso, si se siente tranquilo. Ansiedad, si percibe sentimiento de ansiedad. Comodidad, si está ansiosa. Confianza propia, si siente confianza en sí misma. Nerviosismo, si percibe estar nervioso. Agitación, si está agitada o muy agitada. Sentimiento de explotar, si siente que no aguanta más y quiere “explotar”. Reposo, tiene la sensación que ha reposado. Satisfacción, si siente satisfacción. Alegría, si está alegre. Bienestar, si percibe estar bien.

#### **2.4.2. Depresión**

Zarragoitia (2011) hace referencia a que antiguamente se conocía a la depresión como melancolía. También se menciona que algunos pensadores describieron la enfermedad, como el caso de Galeno de Pérgamo (131-201), quien detalló los síntomas de la depresión confirmando la presencia del miedo, el temor, la duda y el cansancio de la vida. De manera similar, en Bagdad, en el siglo X, esta enfermedad fue descrita como un sentimiento que se forma en el alma, crea dolor y hace que las personas se aislen (Medicina Islámica, ed. 74 Ullmann).

Zarragoitia (2011) continúa explicando la investigación sobre la depresión, a mediados del siglo XIX, Philippe Pinel detalló las posibles causas de la depresión. Estos tienen orígenes psicológicos por un lado y causas físicas por el otro. Durante este mismo período, Kahlbaum utilizó por primera vez el término distimia, una palabra que utilizan hoy en día los profesionales de la salud mental. En el siglo XX, Freud publicó su obra duelo y melancolía, y fue él quien aportó la primera clasificación moderna de la enfermedad, estableciendo criterios diagnósticos y determinando síntomas. Luego, en 1952, en el DSM-I, se introdujo el término reacción maníaco-depresiva, que fue la primera clasificación oficial y aceptada en ese momento, lo que supuso un gran avance en cuanto a la definición

y clasificación de la enfermedad. Luego, en 1981, se establecen y delimitan el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor, conceptos utilizados hasta la actualidad.

### **Definición**

En cuanto a su determinación, organismos internacionales que hacen sus aportes a la definición, como la el Instituto Nacional de Salud Mental (2017), indica que la depresión, conocida como trastorno depresivo, es una afección de salud mental grave. Puede afectar a todos sin importar la edad, la raza o el nivel socioeconómico.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Mental (2018) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo muy grave y muy frecuente en la población general. Por otro lado, González, Valdés, Iglesias, García & González (2018) plantean que la depresión se refiere a un estado de ánimo persistentemente triste y aunque su causa ya no está presente, sus manifestaciones siguen siendo desproporcionadas.

Para fines del estudio, el sustento teórico base de la depresión se centra a partir del enfoque cognitivo conductual de Aaron T. Beck, según sostienen Luyten, Lowyck & Corveleyn (2003). En este aspecto, junto con Blatt (1974, 1998) y Beck (1983, 1999), propusieron dos dimensiones de la personalidad: la dependencia interpersonal y el perfeccionismo, los cuales son factores que generan depresión. Según Blatt y Beck, dichas dimensiones están vinculadas con distintos factores de desarrollo, estilos de apego, estructuras de personalidad, relación con sucesos de la vida, vulnerabilidades biológicas y características clínicas (Luyten et al., 2003).

En cuanto a sus características, la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (2017) afirma que la depresión se caracteriza por la presencia de diversos síntomas, entre

ellos cambios en el ritmo del sueño, alteración del apetito, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las actividades, falta de energía y sentimiento de desesperanza, dolor físico y pensamientos suicidas. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2018), los síntomas característicos de la depresión son sentimientos frecuentes de tristeza, sentimientos de vacío, pesimismo, irritabilidad, culpa, anhedonia, lentitud para hablar o moverse. problemas para concentrarse y recuperar recuerdos insomnio o hipersomnias, ideación suicida o intento de suicidio; La organización también señala que la presencia de síntomas varía de persona a persona, algunos de ellos muestran solo ciertos síntomas y otros muestran más síntomas.

Según Maina et al. (2016), el trastorno depresivo se caracteriza por que el paciente presenta un estado de ánimo que tiende a ser melancólico, sentimientos de vacío e irritabilidad, así como una amplia gama de síntomas cognitivos y somáticos, lo que conduce a sentimientos de ansiedad significativa y cambios en su funcionamiento normal.

### **Causas y consecuencias**

El Instituto Nacional de Salud Mental (2018) señaló que la depresión puede tener diferentes causas en cada persona, siendo la más frecuente las crisis vitales, por algunas condiciones médicas, como alguna enfermedad física e incluso puede presentarse de manera repentina, los factores a considerar son: Cuando un individuo experimentó un evento traumático cuando era niño o un componente genético u hereditario. Circunstancias de la vida como ruptura de una relación, pérdida de trabajo, mala situación económica, etc; o cambios cerebrales relacionados al funcionamiento de la glándula pituitaria y el hipotálamo asociado con la estimulación hormonal. Además, ciertas enfermedades pueden predisponer a la depresión, como trastornos del sueño, condiciones médicas, trastornos por

déficit de atención, ansiedad y dolor crónico. Abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (2018) señala que la depresión es originada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos; Al mismo tiempo, señala que, aunque la depresión puede aparecer a cualquier edad, generalmente se da en la edad adulta, estando entre los factores de riesgo antecedentes personales o familiares de padecer depresión o cambios importantes en la vida, traumas o estrés. Algunas enfermedades físicas y consumo de drogas.

Respecto a los trabajadores de la salud, según Brandford & Reed (2016), es necesario estudiar la depresión en el personal de salud, ya que los profesionales de la salud tienden a sufrir de depresión en casi el doble de la tasa comparando con otras profesiones. Además, esta enfermedad afecta no solo a los empleados, sino también a la propia organización, ya que las tasas de ausentismo son más altas y los niveles de discapacidad son significativamente más elevados, por lo que estos problemas conducen a una menor productividad. A pesar de que esta patología no pueda ser completamente prevenida en el personal de salud, es muy importante determinar la prevalencia de la enfermedad y promover una vida y medidas saludables, ya que la intervención oportuna no permite que la condición llegue a casos que interfieren en la vida personal y profesional.

### **Evaluación**

Para evaluar la variable se da la definición empleada para la misma, es decir, la tendencia a interpretar eventos o hechos de la vida diaria de manera negativa, considerándolos menos útiles de lo que realmente son (Beck et al., 2010). A su vez, Beck propone una valoración de la variable, en este caso adaptada por Barreda (2019), en la que

determina que la variable en conjunto actúa como un solo factor. Por lo tanto, al explicar Beck et al. (2010), tiene los siguientes indicadores: tristeza, dado que las personas deprimidas muestran cierto grado de infelicidad; pesimismo, pues las ideas del individuo depresivo suelen ser negativas y pesimistas; además fracaso, pues existen recurrentes ideas de fracaso e incluso pensar que la causa es externa o un elemento en concreto. Igualmente, se presenta pérdida de placer, ya que a la persona ya no le es placentero aquello que en su momento lo era; igualmente, puede haber sentimiento de culpa, estando este acompañado de vergüenza; adicionalmente, puede presentarse sentimiento de castigo, ya que la persona considera que está siendo castigada por alguna situación que él mismo causó. Otro aspecto que puede presentarse es la disconformidad con uno mismo, pues el individuo considera que está decepcionado de sí, esto generalmente acompañado de autocrítica e incluso en ocasiones con pensamientos o ideas suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, abulia, alteraciones del sueño, alimentación y/o en su sexualidad, así como irritabilidad y fatiga.

## **2.5. Definición de Términos Básicos**

**Ansiedad.** La ansiedad es un estado no grato, cuyas características son expectación aprensiva, intranquilidad y aumento del estado de alerta, en la cual se dan reacciones vegetativas tales como taquicardia, sudoración, insomnio, tensión muscular, entre otros. Esta es una respuesta natural y adaptativa, que ocurre cuando el individuo percibe el peligro, proporciona al organismo un mecanismo de adaptación para afrontar el peligro (Corsi, 2004).

**Depresión.** Definen la depresión como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la principal causa del

trastorno a partir del cual se desencadenan los componentes restantes (Hollon y Beck, como se citó en Barradas, 2014, p. 11).

**Prevalencia.** La prevalencia describe la proporción de la población con la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija. Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad para planificar servicios médicos o para estimar necesidades de atención. También, se utiliza para medir la frecuencia de determinadas características de la población a estudiar.

**Trastorno.** Según la OMS (2022), el trastorno se caracteriza por una combinación de alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, el comportamiento y las relaciones con los demás. Si bien la CIE-10 reconoce que este término no es preciso, lo utiliza para referirse a la presencia de un comportamiento o de un conjunto de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad de la persona.

**Suicidio.** El suicidio implica causarse la muerte de forma voluntaria y deliberada, en la que el individuo se ve invadido por un deseo constante de dejar de vivir. En el suicidio intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea y el acto suicida como tal (Nizama, 2011).

**Emociones.** Goleman (1996) utilizó el término emoción para referirse a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a las condiciones psicológicas o biológicas que lo caracterizan, así como un conjunto de inclinaciones a la actuación.

**COVID-19.** Esta es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de neumonía viral notificados en Wuhan (República Popular China) (OMS, 2019).

## 2.5. Operacionalización de variables

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de variables*

<b>Título preliminar:</b> Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.			
<b>Variable del estudio:</b> Ansiedad, depresión			
<b>Conceptualización de la variable:</b>			
<b>Ansiedad:</b> Se trata de una reacción emocional que conlleva sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, en donde se activa el sistema nervioso autónomo. (Schwarzer, R. et al., 1984).			
<b>Depresión:</b> Se trata de una tendencia a interpretar eventos o hechos de la vida diaria de un modo negativo, percibiendo de manera menos provechosa de las que realmente serían (Beck et al. 2010).			
<b>Definición operacional:</b>			
<b>La ansiedad:</b> se evaluará por medio del inventario ansiedad estado-rasgo (IDARE) Adaptado por Castro (2016).			
<b>La depresión:</b> se medirá mediante el Inventario de Depresión de Beck Segunda Versión, BDI-II Adaptado por Barreda (2019).			
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>
Ansiedad estado	Calma	1	Ordinal
	Seguridad	2	
	Tensión	3	
	Contracción	4	
	Placer	5	
	Alteración	6	
	Preocupación	7,17	Sin ansiedad
	Descanso	8	(0-42)
	Ansiedad	9	Ansiedad leve
	Comodidad	10	(43-46)
	Confianza propia	11	Ansiedad moderada (47-
	Nerviosismo	12	51)
	Agitación	13,18	Ansiedad grave (52-64)
	Sentimiento de explotar	14	
	Reposo	15	
	Satisfacción	16	
	Alegría	19	

---

	Tristeza	1	
	Pesimismo	2	
	Fracaso	3	
	Pérdida de placer	4	
	Sentimiento de culpa	5	
	Sentimiento de castigo	6	
	Disconformidad con uno mismo	7	Ordinal
	Autocrítica	8	
	Pensamientos o deseos suicidas	9	Sin depresión
	Llanto	10	(0-13)
	Agitación	11	Depresión leve
Depresión general	Pérdida de interés	12	(14-19)
	Indecisión	13	Depresión
	Desvalorización	14	moderada (20-28)
	Pérdida de energía	15	Depresión severa
	Cambios en los hábitos de sueños	16 17	(29 a 63)
	Irritabilidad	18	
	Cambio en el apetito	19	
	Dificultad de concentración	20	
	Cansancio o fatiga	21	
	Pérdida de interés en el sexo		

---

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **3.1. Método, Tipo y Alcance de la Investigación**

La investigación es de método cuantitativo descriptivo transversal no experimental, ya que se procuró expandir las bases teóricas sobre la ansiedad y la depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí por medio de la recolección de datos, mas no indicar su relación con el contexto u otras variables. Asimismo, se estudió la variable ansiedad y depresión en un momento dado, único (Hernández et al., 2014).

#### **3.2. Diseño de Investigación**

El estudio presenta un diseño, que guía todo el procedimiento, el cual orienta desde el punto de partida que es el objetivo y el problema, hasta la consecución de los resultados, y por medio de la recolección de datos, entender mejor un hecho (Abutabenjeh & Jaradat, 2018), dicho diseño es no experimental, ya que no se manipulan o influncian en las variables (Kerlinger & Lee, 2002), y se busca recopilar datos, sobre una variable y como esta se encuentra (Reiro, 2016). Además, es transversal, ya que se recolecta información en un momento o tiempo dado, por medio de encuestas, pero solo una vez (Thompson & Panacek, 2006). Al mismo tiempo, su diseño presenta un nivel descriptivo, porque se va a describir los fenómenos o el estado que presentan las variables (Abutabenjeh et al., 2018).

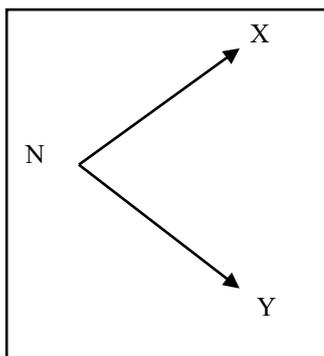


Figura 1. Simbología del diseño

Nota. N = Muestra, X = Ansiedad, Y = Depresión

### 3.3. Población, Muestra y Muestreo

#### 3.3.1. Población

La población viene a ser un conjunto de elementos, personas o cosas que tienen la potencialidad de tener las características que se desea conseguir datos (Asiamah, Mensah, & Oteng, 2017). Asimismo, la población del presente estudio está conformada por todo el personal asistencial de salud del Hospital II-E de Juanjuí, que son en total 152 trabajadores de salud de ambos sexos.

#### 3.3.2. Muestra

Según definen Martínez, Pereira, Luiz, González, & Rangel (2016), la muestra es un conjunto representativo de elementos o individuos, que forman parte de una población y que se selecciona para un estudio en particular. Para obtener la muestra, se recurrió al siguiente, cálculo:

$$n = \frac{Z^2pqN}{E^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Z = nivel de confianza	1.96
E = error	0.05
p = probabilidad de ocurrencia	0.5
q = constante	0.5
N = población	152

### Se ejecuta la operación:

n =	3.8416	*	0.25	*	152
	0.0025	*	151	+	0.9604
n =	509.012				
	145,9808				
n =	1,34				
n =	109				

Por tanto, la muestra será de 110 trabajadores del Hospital II-E de Juanjuí, del 2021.

### 3.3.3. Muestreo

El muestreo es un procedimiento que facilita conseguir una parte representativa de un grupo poblacional (Kerlinger et al. 2002). Por lo cual, se empleó un muestreo no probabilístico y no aleatorio por conveniencia que, en palabras de Hernández et al., (2014), las muestras no probabilísticas y la elección de los elementos no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.

Tabla 2

#### *Trabajadores asistenciales según grupo ocupacional.*

Profesionales	Cantidad
Médico	23
Enfermero(a)	36
Técnica en enfermería	24
Obstetra	27
Total	110

### 3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Se trata de aquellos criterios que permiten identificar quiénes pueden formar parte de una población determinada y de una muestra para un estudio en particular (Manzano & García, 2016). De este modo como criterios, tanto de inclusión como de exclusión, se consideran los siguientes:

#### 3.4.1. Criterios de inclusión

- Personal asistencial de grupo ocupacional médico, obstetra, enfermero(a) y técnicos en enfermería.
- Personal asistencial de género masculino y femenino.
- Personal asistencial que se encuentre laborando en el Hospital II-E del distrito de Juanjuí al momento de realizar la investigación.
- Trabajadores asistenciales que se encuentren en la disposición de participar en el estudio de manera voluntaria siempre en cuando otorguen el consentimiento informado.
- Personal asistencial que tenga la capacidad de comprender y desarrollar los inventarios utilizados en la investigación.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Se excluye al personal asistencial que voluntariamente no deseen participar en la investigación.
- Se excluye a aquellos trabajadores que por motivos de salud físico y mental se encuentren incapacitados para responder los tests.
- Se excluye personal administrativo y/o personal asistencial que no se encuentre laborando en la institución al momento de realizar el estudio.
- Se excluirá al personal asistencial que haya dado positivo para COVID-19 o se encuentre con los síntomas de dicho virus.
- Se excluye a los trabajadores asistenciales que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Se excluye al personal asistencial que no haya terminado con la resolución de los inventarios.

### **3.5. Técnicas de recolección y análisis de datos**

#### **3.5.1. Técnicas de recolección datos**

La recolección de datos para la presente investigación se realizó de manera presencial en los ambientes del Hospital II-E Juanjuí en el primer semestre del 2021. Se presentó el consentimiento informado a los trabajadores asistenciales del centro hospitalario indicando las generalidades del estudio y solicitando su participación de manera voluntaria garantizando la privacidad de sus datos personales.

Para evaluar la ansiedad se utilizó el inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE) sin embargo, para el desarrollo de este estudio solo se consideró la dimensión Estado (A-E) con 20 ítems unidimensional. Debido a la pandemia de la COVID-19 se evidencio el incremento de la ansiedad en el personal del sector salud, con la finalidad de conocer el impacto de este trastorno en el personal asistencial del hospital II-E de Juanjuí, se consideró apropiado trabajar solo con la dimensión estado del instrumento en mención. Para evaluar depresión se utilizó el inventario de depresión de Beck BDI-II con 21 ítems unidimensional. La aplicación de un inventario objetivo se realiza, ya que es una herramienta práctica para evaluar grandes grupos y conocer las ideas o percepciones (Jones, Baxter & Khanduja, 2013).

### 3.5.1. Inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE)

Tabla 3

*Ficha técnica inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE)*

<b>Ficha técnica</b>	
<b>Nombre de la prueba:</b>	Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE)
<b>Autores:</b>	Spielberger, Gorsuch y Lushene
<b>Procedencia:</b>	Estados Unidos
<b>Año</b>	1970
<b>Adaptación y traducción:</b>	Se adaptó en México al español en 1975 Spielberger & Díaz Guerrero. En el Perú su primera adaptación fue en 1997 por Rojas.
<b>Adaptación peruana:</b>	Castro (2016)
<b>Objetivo:</b>	Determinar el nivel de ansiedad tanto en su estado como en el rasgo
<b>Tipo de aplicación:</b>	Individual o grupal.
<b>Estructuración:</b>	20 ítems unidimensional (solo para estado)
<b>Aplicación:</b>	Personas con un nivel educativo medio-superior.
<b>Escala:</b>	Tipo likert
La escala de respuesta es de tipo Likert de 1 a 4, donde 1 es “no en lo absoluto”, 2 es “un poco”, 3 es “bastante” y 4 es “mucho”. Se puede aplicar a un grupo de personas o de manera individual a escala de respuesta es de tipo Likert de 1 a 4, donde 1 es “no en lo absoluto”, 2 es “un poco”, 3 es “bastante” y 4 es “mucho”. Se puede aplicar a un grupo de personas o de manera individual, dentro de un margen de tiempo de 15 minutos, tras haber explicado el mismo.	

#### **Consigna de aplicación**

Instrucción: “Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea la frase y marque la opción que considere cómo se siente ahora mismo, o sea, en este

momento o durante estos últimos días. No existen respuestas buenas o malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor desee según sus sentimientos ahora”.

### **Calificación del instrumento**

Cada ítem respondido genera un puntaje, donde la suma de ellos genera un total, que, verificando en los percentiles, determina el nivel en el que se encuentra la ansiedad.

### **Reseña histórica**

De acuerdo con Castro (2016), el instrumento fue desarrollado en su momento en 1970 inventario de ansiedad estado y rasgo, por Spielberger, Gorsuch y Lushene. Siendo un instrumento elaborado en Estados Unidos, en poco tiempo se extendió y ya en México, se adaptó y tradujo al español en 1975 por Spielberger & Díaz. Además, en el Perú su primera adaptación fue en 1997 por Rojas. Dicho instrumento partió desde un análisis teórico de los rasgos de personalidad y de las bases teóricas de Freud, diferenciando la ansiedad-estado y la ansiedad rasgo.

### **Propiedades psicométricas originales**

Dentro de sus propiedades psicométricas, originales, la validez se determinó, sobre la base de correlaciones con otros instrumentos, teniendo como resultados índices de nivel moderado y alto (de 0.52 a 0.83) para la ansiedad-rasgo. Para la ansiedad-estado, conlleva un análisis psicométrico sobre la base de 977 estudiantes, en donde se determinó su efectividad. Además, luego fue validada en países hispanohablantes. Por tanto, la confiabilidad del instrumento fue determinada con la metodología de test-retest, tomando como población a 484 estudiantes, encontrando fiabilidad en los coeficientes de alfa de Cronbach variando entre 0.83 y 0.92 en ansiedad estado y en ansiedad rasgo de 0.86 a 0.92 (Castro, 2016).

### Propiedades psicométricas peruanas

En Perú, Castro (2016) destaca que hubo antecedentes de validación y confiabilidad del instrumento en Perú, y que arrojaron buenos índices de confiabilidad. No obstante, en su tesis doctoral, se determinó sobre las propiedades psicométricas del instrumento, del cual, en su validez, tuvo buenos índices de validez de contenido por juicio de expertos; en la validez de constructo de igual manera con adecuados índices de correlación por ítems-test superiores a 0.255 y muy significativos. Además, el análisis factorial confirmatorio establece la bidimensionalidad del instrumento. Con respecto a la confiabilidad, el alfa de Cronbach obtenido fue para ansiedad estado de 0.909 y para rasgo de 0.873, y en el test-retest índices en promedio de 0.800, estableciendo así una fuerte confiabilidad.

#### 3.5.2. Inventario de depresión de Beck BDI-II

Tabla 4

*Ficha técnica inventario de depresión de Beck BDI-II*

<b>Ficha técnica</b>	
<b>Nombre de la prueba:</b>	Inventario de depresión de Beck BDI-II
<b>Autores: Aaron Beck,</b>	Robert Steer y Gregory Brown
<b>Procedencia:</b>	Estados Unidos
<b>Año:</b>	1996
<b>Adaptación y traducción:</b>	Brenlla y Rodríguez (2006), Argentina
<b>Objetivo:</b>	Establecer el nivel de depresión
<b>Tipo de aplicación:</b>	Individual o grupal.
<b>Tiempo:</b>	10 a 15 min
<b>Estructuración:</b>	Unidimensional 21 ítems
<b>Aplicación:</b>	Adolescentes en adelante

### **Consigna de aplicación**

Instrucción: “Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones, por favor lea con atención cada una de ellas cuidadosamente. Luego elija y marque con una (X) una de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. En las proposiciones o reactivos que se presentan a continuación existen cuatro (4) alternativas de respuestas excepto las preguntas 16 y 18, responda según su apreciación”.

El cuestionario, se realiza ya sea grupal o individualmente, y toma entre 10 a 15 minutos, luego de haberles mencionado el propósito de este a los participantes.

### **Calificación del instrumento**

Cada ítem respondido genera un puntaje, donde la suma de ellos genera un total, que, verificando en los percentiles y determina el nivel en el que se encuentra la depresión.

### **Reseña histórica**

De acuerdo con Beck et al., (2009), el instrumento parte de BDI, que se basó en enunciados de los síntomas de la depresión, concretando así los 21 ítems, cada uno se responde, según el grado de intensidad que se perciba. Este instrumento llegó a tener modificaciones, ajustándose a los criterios del DSM-III en su momento, ya que había diferencias entre los indicadores, y así cuando se actualizaba el manual, también los autores se dieron cuenta que tenían que actualizar su instrumento, llegando a desarrollar el BDI-II.

### **Propiedades psicométricas originales**

Originalmente, el BDI-II, con relación a su confiabilidad, tuvo una buena consistencia interna, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.88 y 0.86, en dos grupos. Los indicadores también resultaron significativos. Así como, la correlación test-retest que tuvo resultados significativos y una correlación positiva (0.90). En su validez, se comparó

y correlacionó con otras medidas de depresión, resultando significativas. Y en su validez factorial, estableció adecuados índices de adecuación (Beck et al., 2009).

### **Propiedades psicométricas argentinas**

Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II; adaptado a la población de Argentina por Brenlla et al. 2006) se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. Cada reactivo está conformado por una escala descriptiva de cuatro opciones; a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología. Además, el informante valora la gravedad de cada síntoma durante las dos semanas inmediatas previas. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63. En esta investigación, la escala presentó una confiabilidad alfa de Cronbach de .88 (estudio 1) y de .89 (estudio 2).

En la adaptación, desarrollada por Castro (2016), en su tesis doctoral, donde determinó las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, y encontró para la validez una consistencia interna de alfa de Cronbach muy buena (0.93). En su validez, la validez de contenido por jueces expertos resultó en un puntaje total de V de Aiken de 0.99, siendo muy válido. Además, empleando la adecuación muestral y prueba de esfericidad, determinó una gran significancia y una muy buena adecuación. Y en el análisis factorial, estableció que se explica mejor con un solo factor (unidimensional), con valores superiores a 0.40.

### **Propiedades psicométricas peruanas**

En la adaptación, desarrollada por Castro (2016), en su tesis doctoral, se determinaron las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, encontrando para la validez una consistencia interna de alfa de Cronbach muy buena (0.93). En su validez, la validez de contenido por jueces expertos resultó en un puntaje total de V de Aiken de 0.99, siendo muy válido. Además, empleando la adecuación muestral y prueba de

esfericidad, determinó una gran significancia y una muy buena adecuación. Y en el análisis factorial, estableció que se explica mejor con un solo factor (unidimensional), con valores superiores a 0.40.

### **3.3.2. Técnica de análisis de datos**

Una vez recolectados los datos con la ayuda de los instrumentos en mención, se procedió a realizar el análisis de la información recolectada, con la ayuda del programa estadístico Excel para realizar la tabulación de los datos y el SPSS (versión 25) para la elaboración de la matriz de datos y mediante ello con el mismo programa determinar la validez y confiabilidad de los datos, determinar la normalidad de las variables ansiedad y depresión y finalmente comprobar nuestras hipótesis planteadas.

## Capítulo IV

### Resultados y Discusión

#### 4.1. Resultados del Tratamiento y Análisis de la Información

Para la presente investigación se utilizó dos inventarios especializados para cada variable, inventario de ansiedad estado y rasgo (IDARE) para evaluar ansiedad. Cabe aclarar que para este estudio solo se aplicó el inventario Ansiedad Estado A-E con 20 ítems, y para evaluar la depresión el inventario de depresión de Beck BDI-II. Ambos instrumentos se aplicaron al personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí durante el 2021, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Después de la evaluación de los resultados alcanzados con la ayuda de los instrumentos mencionados, se procedió a realizar el análisis de la información recolectada con la ayuda del programa estadístico Excel y el SPSS (versión 25).

##### 4.1.1. Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

En las siguientes tablas se evidencia que los 110 trabajadores asistenciales fueron considerados para la investigación, debido a que se contó con el consentimiento tanto del personal asistencial como del director del Hospital II-E Juanjuí, para que se les aplique los inventarios para cada variable. Por otra parte, es importante señalar que los trabajadores asistenciales no tuvieron problemas para comprender y resolver los instrumentos.

Tabla 5

*Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

	Ansiedad	Depresión
N. personal asistencial	110	110
Media	1.57	1.00
Desviación estándar	1.288	1.227

Tabla 6

*Prevalencia según nivel de ansiedad estado y depresión en el personal asistencial*

Variables	Nivel	Frecuencia	%	% acumulado
Ansiedad	Sin ansiedad	36	32.7	32.7
	Ansiedad leve	16	14.5	47.3
	Ansiedad moderada	17	15.5	62.7
	Ansiedad grave	41	37.3	100.0
	Total	110	100.0	
Depresión	Sin depresión	59	53.6	53.6
	Depresión leve	15	13.6	67.3
	Depresión moderada	13	11.8	79.1
	Depresión severa	23	20.9	100.0
	Total	110	100.0	

Los resultados descritos en la tabla 6 corresponden al objetivo general de la investigación, el cual es determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, en el 2021. En la tabla se contempla que el 67.3 % (74) del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, entre hombres y mujeres, médicos, técnicos en enfermería, enfermeros, obstetras, presentan ansiedad estado en los siguientes niveles: ansiedad leve 14.5 % (16), ansiedad moderada 15.5 % (17) y ansiedad grave 37.3 % (41). Asimismo, el 46.4 % (51) del mismo grupo de personal asistencial presentan depresión en los siguientes niveles: depresión leve 13.6 % (15), depresión moderada 11.8 % (13) y depresión severa 20.9 % (23), indicando que existe prevalencia de ansiedad y depresión.

#### 4.1.2 Contrastación de hipótesis

##### 4.1.2.1 Prueba de normalidad

Para establecer la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), adecuada para muestras mayores a 50 sujetos; de esta manera se procedió a obtener la normalidad de los datos de las variables de estudio ansiedad y depresión.

Tabla 7

*Resultados de normalidad de datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Variable	Prueba Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
Ansiedad	0,084	110	0,055
Depresión	0,138**	110	0,000

\*\* Significativo al nivel de  $p < 0,01$ .

Según los resultados que se registran en la tabla 7, en dichos valores la depresión es la única variable con estadístico significativo al nivel de  $p < 0,01$  y, en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de normalidad de datos; es decir, los datos de dicha variable no presentan distribución normal. Por tal razón, con referencia a esta variable, se decidió emplear pruebas no paramétricas como las de comparación con la U de Mann-Whitney y la H de Kruskal-Wallis, al haberse encontrado que los datos de ansiedad sí presentan distribución normal, se decidió utilizar la prueba paramétrica de comparación T de Student para muestras independientes, así como la prueba ANOVA para la comparación de más de dos grupos.

##### 4.1.2.2 Contrastación de la hipótesis general

**H<sub>a</sub>:** Existe prevalencia mayor al 40 % de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe prevalencia mayor al 40 % de ansiedad y depresión en el personal

asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**Resultado:** En la contratación de la hipótesis general, de cuyos resultados encontrados evidencian que existe prevalencia mayor al 40 % en ambas variables, por tanto, se acepta de la hipótesis general del estudio de que existe prevalencia mayor al 40 % de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

#### 4.1.2.3 Contrastación de las hipótesis específicas

##### Hipótesis específica 1

**H<sub>1</sub>:** Existe una prevalencia mayor a 40 % de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe una prevalencia mayor a 40 % de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 8

*Prevalencia según nivel de ansiedad estado en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

VARIABLES	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANSIEDAD	Sin ansiedad	36	32.7	32.7
	Ansiedad leve	16	14.5	47.3
	Ansiedad moderada	17	15.5	62.7
	Ansiedad grave	41	37.3	100.0
	Total	110	100.0	

Los resultados descritos en la tabla 8 son indicadores de que el nivel de ansiedad severa es el predominante en la variable mencionada, pues se diferencia significativamente de los otros niveles de ansiedad estado. Asimismo, para efectos de la comprobación de la hipótesis planteada, el porcentaje acumulado entre los niveles de ansiedad moderada y severa equivale a 52,8 %, que supera al 40 % establecido como ansiedad prevalente entre ambos niveles de la variable ansiedad.

**Resultado:** se confirma la hipótesis alterna de que existe una prevalencia mayor a

40 % de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

### Hipótesis específica 2

**H<sub>2</sub>:** Existe prevalencia mayor a 40 % de depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe prevalencia mayor a 40 % de depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 9

*Prevalencia según nivel de depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variables	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión	Sin depresión	59	53.6	53.6
	Depresión leve	15	13.6	67.3
	Depresión moderada	13	11.8	79.1
	Depresión severa	23	20.9	100.0
	Total	110	100.0	

Los resultados descritos en la tabla 9, para efectos de la comprobación de la hipótesis formulada, en el porcentaje acumulado entre los niveles de depresión moderada y severa equivale a 32,7 %, que no supera al 40 % establecido como depresión prevalente entre ambos niveles.

**Resultado:** se acepta la hipótesis nula de que no existe prevalencia mayor a 40 % de depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

### Hipótesis específica 3

**H<sub>3</sub>:** Existen diferencias significativas de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias significativas de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 10

*Diferencias con T de Student entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el género, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Género	N	Media
Ansiedad	Masculino	37	47,46
	Femenino	73	47,64

Desviación típ.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
8,539	-0,103 <sup>(NS)</sup>	0,918	-0,184
9,070			

<sup>(NS)</sup>No significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

El valor de la T de Student obtenido en la comparación de las puntuaciones medias en la variable ansiedad, según el género, no es significativo al nivel de  $p < 0,05$ . En consecuencia, se establece que no existe diferencia significativa en la variable ansiedad entre el personal de sexo masculino y femenino de la muestra estudiada.

**Resultado:** se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 11

*Diferencias con F de ANOVA entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el tiempo de servicio, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Tiempo de servicio	N	Media	Desviación típ.	F	Sig. (bilateral)
Ansiedad	0 a 1 año	16	43,50	4,967	7,339	0,000
	1 a 2 años	14	40,21	6,554		

2 a 3 años	5	45,60	8,849
3 a más años	75	49,96	8,881

\*\* Significativo al nivel de  $p < 0,01$ .

El valor de F de ANOVA obtenido entre las puntuaciones medias en la variable ansiedad, según el tiempo de servicio, es significativo al nivel de  $p < 0,01$ . En consecuencia, se establece que existe diferencia significativa en ansiedad, de acuerdo con el tiempo de servicio.

**Resultado:** se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis principal de que existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el tiempo de servicio del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 12

*Diferencias con F de ANOVA entre las puntuaciones medias de la variable ansiedad, según el grupo ocupacional en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Grupo ocupacional	N	Media	Desviación típ.	F	Sig. (bilateral)
Ansiedad	Médicos	23	46,09	9,100	1,062 <sup>(NS)</sup>	0,369
	Enfermeros(as)	36	49,42	9,691		
	Técnicos en enfermería	24	48,08	7,144		
	Obstetras	27	45,96	8,808		

<sup>(NS)</sup> No significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

El valor de F de ANOVA obtenido entre las puntuaciones medias en la variable ansiedad, según el grupo ocupacional, es mayor a  $p < 0,05$ , por tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se establece que no existe diferencia significativa en materia de ansiedad, según el grupo ocupacional.

**Resultado:** no existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el

grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021; por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

#### Hipótesis específica 4

**H<sub>6</sub>:** Existen diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 13

*Diferencias con la U de Mann-Whitney entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el género, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Género	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Sig. (bilateral)
Depresión	Masculino	37	53,36	1974,50	1271,500 <sup>(NS)</sup>	0,617
	Femenino	73	56,58	4130,50		
Total		110				

<sup>NS</sup> No significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

El valor de la U de Mann-Whitney calculado en la comparación de los rangos promedio en la variable depresión, según el género, no es significativo al nivel de  $p < 0,05$ . Por lo tanto, se establece que no existe diferencia significativa en la variable depresión entre el personal de sexo masculino y femenino de la muestra investigada.

**Resultado:** se acepta la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica de que no existe diferencia significativa en materia de depresión, según el género del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 14

*Diferencias con la H de Kruskal-Wallis entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el tiempo de servicio, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Tiempo de servicio	N	Rango promedio	H	Gl	Sig. asintót.
Depresión	0 a 1 año	16	36,75	16,055**	3	0,001
	1 a 2 años	14	34,57			
	2 a 3 años	5	68,30			
	3 a más años	75	62,55			
Total		110				

\*\* Significativo al nivel de  $p < 0,01$ .

El valor de la H de Kruskal-Wallis calculado en la comparación de los rangos promedio en la variable depresión, según el tiempo de servicio, es significativo al nivel de  $p < 0,01$ . En vista de este resultado, se puede afirmar que existe diferencia significativa en la variable depresión, de acuerdo con el tiempo de servicio, en el personal de la muestra investigada.

**Resultado:** se rechaza la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica, es decir, que sí existe diferencia significativa en materia de depresión, según el tiempo de servicio del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

Tabla 15

*Diferencias con la H de Kruskal-Wallis entre las puntuaciones medias de la variable depresión, según el grupo ocupacional, en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021*

Variable	Grupo ocupacional	N	Rango promedio	H	gl	Sig. Montecarlo
Depresión	Médicos	23	53,50	7,419*	3	0,036
	Enfermeros(as)	36	66,82			
	Técnicos en enfermería	24	45,98			

Obstetras	27	50,57
Total	110	

\* Significativo al nivel de  $p < 0,05$ .

El valor de la H de Kruskal-Wallis generado por el *software* estadístico en la comparación de los rangos promedio en la variable depresión, según el grupo ocupacional, es significativo al nivel de  $p < 0,01$ . En virtud de este resultado obtenido, se puede afirmar que existe diferencia significativa en la variable depresión, de acuerdo con el grupo ocupacional, en el personal de la muestra seleccionada.

**Resultado:** se rechaza la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica, es decir, que sí existe diferencia significativa en materia de depresión, según el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

#### 4.3. Discusión de Resultados

A partir de los hallazgos encontrados, respecto a la hipótesis general de la investigación, se comprueba que existe prevalencia de ansiedad estado y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021. Se observa que hay un 67.3 % del personal asistencial con ansiedad y un 46.4 % con depresión. Concluyendo que hay mayor ansiedad con respecto a la depresión. Salari et al. (2020), en su investigación denominada “La prevalencia de la ansiedad y la depresión en los trabajadores sanitarios de primera línea que atienden a pacientes con COVID-19”, en donde concluyeron que la prevalencia de ansiedad es mayor que la depresión. Ello es acorde con lo que se encontró en este estudio.

En los resultados obtenidos en nuestra investigación se demuestra que las hipótesis específicas 1 y 2, de cuyos resultados encontrados evidencian que existe prevalencia mayor al 40 % de ansiedad moderada y severa, mas no en la variable depresión en sus niveles moderada y severa, por tanto, se acepta la primera hipótesis alterna del estudio y se rechaza la segunda.

Por su parte Franco (2021), en su estudio “Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. Lima 2020”, determinaron que el 59 % de los médicos presentaron ansiedad y el 45 % depresión, llegaron a la conclusión de que los factores sociodemográficos como ser residente, trabajar en primer nivel de atención, ser jefe de hogar, trabajar en más de un hospital y trabajar en servicio COVID-19 están relacionados con los síntomas de ansiedad y depresión.

Respecto a la tercera y cuarta hipótesis específicas de nuestra investigación que busca determinar la existencia de diferencia significativa en materia de ansiedad y depresión según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021, se rechazó la hipótesis alternativa general de la tercera hipótesis, concluyendo que no existen diferencia significativa en materia de ansiedad, según el género del personal asistencial, sin embargo, Lozano (2020) identificó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23 %, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Por su parte, Naranjo et al. (2021), en su estudio “Conductas ansiosas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia sanitaria por COVID-19”, determinaron que el 46,4 % presentó ansiedad, y en el 34,5 % se identificó sintomatología depresiva. Además, las puntuaciones más altas de ansiedad y depresión se reportaron en el personal de enfermería, seguido de médicos y psicólogos. Asimismo, se demostró que los trabajadores de salud se encuentran en el grupo vulnerable a presentar afectaciones psicológicas derivadas del enfrentamiento a la pandemia COVID-19.

Lo mencionado nos hace dar cuenta de que los trastornos de ansiedad y depresión en los trabajadores asistenciales de la salud es una realidad, la cual día a día va

incrementándose y afecta no solo al personal asistencial de un hospital, sino también a los pacientes. Esta investigación ofrece datos relevantes de una población pocas veces estudiada, debido a que se suele pensar de que un médico, enfermero o psicólogo se encuentra exento a desarrollar estos trastornos psicológicos mencionados, sin embargo, los resultados de esta investigación podrían indicar un posible problema dentro de la institución ya sea clínica u hospitalaria donde exista trabajadores asistencias con sintomatología ansiosa o depresiva.

La presente investigación confirma la existencia de un porcentaje bastante considerable con ansiedad y depresión del personal asistencial del Hospital II-E de Juanjuí, 2021. Lo obtenido en la investigación respalda lo referido por Salari et, al (2020), en su investigación denominada “La prevalencia de la ansiedad y la depresión en los trabajadores sanitarios de primera línea que atienden a pacientes con COVID-19”, donde concluyeron que la prevalencia de ansiedad es mayor que la depresión, con un 26 % de prevalencia de ansiedad, mientras que la prevalencia de depresión en los trabajadores sanitarios fue del 24,3 %, indicando que la prevalencia de la ansiedad y la depresión no difieren de manera significativa. Asimismo, guarda relación con la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que la ansiedad y la depresión son trastornos que se han exacerbado entre los trabajadores de la salud a nivel mundial debido a la pandemia de la COVID-19. Por otra parte, se ha visto que la presencia de ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud se debe a múltiples factores característicos; Pouralizadeh et al. (2020) señalan que una de estas características es el sexo; las mujeres son más propensas a los trastornos de ansiedad y depresión, sin embargo, también están los trabajadores asistenciales que presentan una sospecha de infección por COVID-19, el personal designado para el área encargada de COVID-19, los que no cuentan con equipo de protección personal adecuado. Por otro lado, Zambrano, Romero, Martínez & Vicuña

(2021) determinan la presencia de la ansiedad y la depresión según el tiempo de servicio en la institución, indicando en cuanto mayor sea el tiempo, menor es el nivel de ansiedad y mayor la depresión. En cuanto a la presencia de ansiedad y depresión, según el género del personal médico, no existe mucha diferencia, los resultados son similares; sin embargo, el profesional en enfermería mantiene el mayor porcentaje en presencia de los trastornos psicológicos tratados en la investigación. Particularmente en esta investigación no se detectó conexión entre el sexo con ansiedad y depresión, dado que, en efecto, no existe diferencia significativa en materia de ansiedad y depresión según el género del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

## Conclusiones

1. Tras los resultados obtenidos en nuestra investigación se determina la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021, con un 67.3 % (74) de ansiedad, asimismo existe un 46.4 % (51) de depresión del total de trabajadores evaluados.
2. Se determina que no existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género con una diferencia de media 0,18 entre masculino y femenino, según el grupo ocupacional el valor de F de ANOVA obtenido entre las puntuaciones medias en la variable ansiedad, según el grupo ocupacional, que es mayor a  $p < 0,05$ . Entonces, se establece que no existe diferencia significativa en materia de ansiedad, según el grupo ocupacional. En conclusión, es según el tiempo de servicio, por lo que sí se halla diferencia significativa en materia de ansiedad en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
3. Se determina que no existe diferencia significativa en materia de depresión, según el género. Sin embargo, el estudio demuestra de que sí hay diferencia significativa según el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
4. Se determina que existe diferencia significativa en los trastornos de ansiedad y depresión según el tiempo de servicio del personal asistencial, y se llega a la conclusión de que el personal asistencial del grupo ocupacional de enfermería es el que más ansiedad y depresión presenta.
5. Con esta investigación se llega a una conclusión general: el personal asistencial que hizo frente a la pandemia de la COVID-19 presentó múltiples trastornos psicológicos, entre los que más se destacaron fue la ansiedad y la depresión.

## **Recomendaciones**

1. Luego de concluir con la discusión de los resultados, será de gran importancia señalar que las instituciones de atención primaria en salud como los hospitales, clínicas, entre otros y los directivos de estos deben tener como responsabilidad administrativa el capacitar a los profesionales para su desarrollo integral y velar por la salud física y psicológica de todo el recurso humano. Por lo que se considera que los resultados de la presente investigación podrían emplearse en la realización de programas preventivos.
2. Es importante crear programas destinados a identificar las condiciones emocionales y de calidad de vida que posee el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí.
3. Se recomienda realizar constantes evaluaciones, con el fin de identificar durante la jornada de trabajo si se presenta alguno de estos trastornos para darle el debido tratamiento, evitando así el deterioro de la salud de los trabajadores del hospital.
4. El área de recursos humanos de los establecimientos de salud debe llevar a cabo programas preventivos para el personal asistencial, con el propósito de disminuir la sintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión.
5. Se recomienda al jefe de recursos humanos realizar un seguimiento del impacto por la pandemia de la COVID-19, al que fueron expuestos los trabajadores de salud de primera línea que laboran en el establecimiento, identificando los grupos más vulnerables respecto al padecimiento que se expone en esta investigación.
6. Este no es un trabajo que presente el final de una línea de investigación, sino que suma a muchos otros previos que abordan la ansiedad y la depresión, dentro del ámbito laboral y que constata la necesidad de seguir investigando sobre el problema.

## Referencias bibliográficas

- Abutabenjeh, S., & Jaradat, R. (2018). Clarification of research design, research methods, and research methodology. *Teaching Public Administration*, 36(3), 1-22. <https://doi.org/10.1177/0144739418775787>
- Adwas, A., Jbireal, J., & Azab, A. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591. [https://www.researchgate.net/publication/336738068\\_Anxiety\\_Insights\\_into\\_Signs\\_Symptoms\\_Etiology\\_Pathophysiology\\_and\\_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/336738068_Anxiety_Insights_into_Signs_Symptoms_Etiology_Pathophysiology_and_Treatment)
- Alvarado R. (2020) COVID-19 y salud mental. *Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/01/1502562>
- Asiamah, N., Mensah, H., & Oteng, E. (2017). General, Target, and Accessible Population Demystifying the Concepts for Effective Sampling. *Qualitative Report*, 22(6), 1607-1621. <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2674&context=tqr>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-55. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Barradas, M. (2014). Depresión En Estudiantes Universitarios: Una Realidad Indeseable. Estados Unidos de América.
- Beck, A. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton, & J. Barret, *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* 6ta Edition 1983 (págs. 265-290). Raven Press. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-0523-1\\_16](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-0523-1_16)
- Beck, A. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. En C. R. Cloninger, . *Personality and psychopathology* 1ra Edition 1999 (págs. 411-429). American Psychiatric Press. <https://www.appi.org/Products/Personality-Disorders/Personality-and-Psychopathology>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a ed.). Desclée de Brower. [http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob\\_142293\\_beck-rush-shaw-y-meri-terapia-cog.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob_142293_beck-rush-shaw-y-meri-terapia-cog.pdf)
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck* (2a ed.). Paidós. <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/13psicomtricas/mikulic/BECK %20- %20BDI-II %20Manual.pdf>

- Blatt, S. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107-157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. (1998). Contributions of Psychoanalysis To the Understanding and Treatment of Depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(3), 723-752. <https://doi.org/10.1177/00030651980460030301>
- Brandford, A., & Reed, D. (2016). Depression in Registered Nurses. *Workplace Health & Safety*, 64(10), 488-511. <https://doi.org/10.1177/2165079916653415>
- Brenlla, M.E. & Rodríguez, M. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) [Adaptation of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) for Argentinean population]. En A.T. Beck, R.A. Steer & G.K. Brown (Eds.), BDI-II. Inventario de Depresión de Beck (pp. 11-37). Buenos Aires: Paidós.
- Castro, I. (2016). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015*. [Tesis de Doctorado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1013/castro\\_mi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1013/castro_mi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Condori, Y. (2020). Asociación entre la exposición a la COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. Tesis para optar el Título Profesional de: Médica Cirujana <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
- CONICET, (2020). Personal de salud sufre ansiedad y depresión. <https://www.0221.com.ar/nota/2020-4-29-13-8-0-el-85-del-personal-de-salud-sufre-ansiedad-y-depresion-por-miedo-a-contagiar-a-su-familia-con-coronavirus>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. [https://www.cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1976). *Informe de Belmont*. National Institutes of Health. [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)
- Corsi, M. (2004) Aproximaciones de las neurociencias de la conductual, segunda edición, México, D. F.
- Craske, M., & Stein, M. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)

- Organización Panamericana de la Salud (2017) Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Franco, W. (2021). Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. Lima 2020. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13254>
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, A., & Gonzáles, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1(8), 4-17. <https://www.npunto.es/revista-pdf/npunto-volumen-i-numero-8-noviembre-2018>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativas y mixta*. McGraw-Hill.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2021). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 38(3), 192-195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Jones, T., Baxter, M., & Khanduja, V. (2013). A quick guide to survey research. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 95(1), 5–7. <https://sci-hub.tw/10.1308/003588413X13511609956372>
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigacion del Comportamiento Metodos de Investigacion Ciencias Sociales*. McGRAW-Hill.
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Luyten, P., Lowyck, B., & Corveleyn, J. (2003). Teoría y tratamiento de la depresión: ¿Hacia su integración? *Persona*, 1(6), 81-97. <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118110005.pdf>
- Maina, G., Mauri, M., & Rossi, A. (2016). Anxiety and depression. *Journal of Psychopathology*, 22(4), 236-250. [https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2017/02/04\\_Mauri-Maina-Rossi-1.pdf](https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2017/02/04_Mauri-Maina-Rossi-1.pdf)
- Manzano, R., & García, H. A. (2016). Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 511–512. <https://sci-hub.se/10.1016/j.rchipe.2016.05.003>

- Martínez, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I. y Pinto, S. (2020). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. *GICOS*, 5(e2), 77-88
- Martínez, J., Pereira, R., Luiz, J., González, D. A., & Rangel, R. (2016). Sampling: how to select participants in my research study? *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(3), 326-330. <http://www.scielo.br/pdf/abd/v91n3/0365-0596-abd-91-03-0326.pdf>
- Miranda, R. & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8(1), 1-12. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/html/index.html>
- Munir, S., & Takov, V. (2019). *Generalized Anxiety Disorder*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870>
- Naranjo, T., & Poveda, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia COVID-19. *Revista Médica Electrónica*, 43(5), 1-12. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4413/5272>
- National Alliance on Mental Illness. (2017). *Depression*. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression>
- National Institute of Mental Health. (2018). *Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 15, núm. 2, abril, 2011, pp. 81-85 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Obando, R., Arévalo, J., Aliaga, R., & Obando, M., (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia COVID-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. Epub November 01, 2021. Retrieved January 24, 2022, from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=en&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=en&tlng=es). <http://ciberindex.com/c/ie/e13056>
- Ojeda, C. (2003). Historia y redescipción de la angustia clínica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 41(2), 95-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>
- Oliva Y., & Chávarry Y. (2021). Impacto emocional en el profesional de enfermería durante la pandemia. *Revista Científica de Enfermería (Lima, En Línea)*, 10(2), 186-193. Recuperado a partir de <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/85>
- OMS (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 y salud mental: mensajes clave-OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (31 MAR 2020). <https://www.paho.org/es/documentos/COVID-19-salud-mental-mensajes-clave>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., & Giannakoulis, V. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*(1), 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pouralizadeh, M., Bostani, Z., Maroufizadeh, S., Ghanbari, A., Khoshbakht, M., Alavi, S., & Ashrafi, S. (2020). Anxiety and depression and the related factors in nurses of Guilan University of Medical Sciences hospitals during COVID-19: A web-based cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *13*(1), 100233. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100233>
- Pozzebon, D., Facco, C., Toniolo, A., & Rodrigues, E. (2016). Relationship among perceived stress, anxiety, depression and craniocervical pain in nursing professionals under stress at work. *Fisioterapia em Movimento*, *29*(2), 377-385. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.002.AO17>
- Reiro, T. (2016). Nonexperimental research: strengths, weaknesses and issues of precision [Investigación no experimental: fortalezas, debilidades y problemas de precisión] . *European Journal of Training and Development*, *40*(8/9), 676-690. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/EJTD-07-2015-0058/full/html>
- Rimvall, M., Jeppesen, P., Skovgaard, A., Verhulst, F., Olsen, E., & Rask, C. (2020). Health anxiety and healthcare costs in childhood and adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, *133*(1), 110019. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110019>
- Rojas, R. (1997). Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores del V/H. Tesis de Magíster no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian, A., Khaledi, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., . . . Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, *18*(100), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, *21*(2), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Schwarzer, R., van der Ploeg, M., & Spielberger, C. (1984). *Advances in Test Anxiety Research*. Lawrence Erlbaum Assoc. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA67387603?l=en>
- Shahzad, F., Du, J., Khan, I., Fathen, A., Shahbaz, M., Abbas, A., Watto, M.U. (2020). Perceived threat of COVID-19 contagion and frontline paramedics' agonistic

- behaviour: Employing a stressor–strain–outcome perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1-22.
- Spielberger, C. (1966). CHAPTER 1-Theory and Research on Anxiety. En C. D. Spielberger, *Anxiety and behavior* 14(1), (págs. 3-20). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4832-3131-0.50006-8>
- Spielberger, C. & Díaz Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo Estado. Manual e instructivo*. México: El Manual Moderno S.A
- Thompson, C., & Panacek, E. (2006). Research Study Designs: Non-experimental. *Air Medical Journal*, 26(1), 18-22. [https://www.airmedicaljournal.com/article/S1067-991X\(06\)00309-9/pdf](https://www.airmedicaljournal.com/article/S1067-991X(06)00309-9/pdf)
- Thorn, G., Chosak, A., Baker, S., & Barlow, D. (1999). Psychological theories of panic disorder. En B. J. Nutt DJ, *Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms* (págs. 93-108). Martin Dunitz Ltd.
- Tran, T., Nguyen, N., Luong, M., Bui, M., Phan, T., Tran, (2019). Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(3), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0257>
- Valdez, E. (2020). Ansiedad y depresión en el personal de salud durante la cuarentena en Bolivia. 15/06/2020, de Instituto para el Desarrollo Humano–Bolivia Sitio web: <https://www.idhbolivia.org/index.php/covid/298-ansiedad-y-depresion-en-el-personal-de-salud-durante-la-cuarentena-en-bolivia>
- Virto, A., Virto, C., Cornejo, A., Loayza, W., Álvarez, B., Gallegos, Y., & Triveño, J. (2020). Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 cusco Perú. *Revista Científica de Enfermería*, 9(3), 50-60. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/344722891\\_ESTRES\\_ANSIEDAD\\_Y\\_DEPRESION\\_CON\\_ESTILOS\\_DE\\_AFRONTAMIENTO\\_EN\\_ENFERMERAS\\_EN\\_CONTACTO\\_CON\\_COVID-19\\_CUSCO\\_PERU](https://www.researchgate.net/publication/344722891_ESTRES_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_CON_ESTILOS_DE_AFRONTAMIENTO_EN_ENFERMERAS_EN_CONTACTO_CON_COVID-19_CUSCO_PERU)
- Virto, C., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, A., Sanchez, D., Cedeño, M., Virto, C., & Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19, Cusco-Perú. *Revista Científica De Enfermería* (Lima, En Línea), 10(3), 5-21. Recuperado a partir de: <https://prisa.ins.gob.pe/index.php/acerca-de-prisa/busqueda-de-proyectos-de-investigacion-en-salud/1724-estres-ansiedad-y-depresion-en-la-etapa-inicial-del-aislamiento-social-por-covid-19-cusco-peru>
- Xi, Y. (2020). Anxiety: a concept analysis. *Frontiers of Nursing*, 7(1), 9-12. <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0008>

- Yohannes, A., & Alexopoulos, G. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23(133), 345-349. <http://doi.org/10.1183/09059180.00007813>
- Zambrano, R., Romero L., Martínez, E., & Vicuña, A. (2021). Impacto psicológico estado de ansiedad y depresión en trabajadores de salud frente a la COVID-19. *Revista Vive*, 4(12), 697–707. <http://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/147>
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

## Anexos

### Anexo A: Matriz de consistencia de la tesis

---

**Título preliminar:** Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí 2021.

---

**Problema general:**

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión existente en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?

**Objetivo general:**

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

---

**Problemas específicos:**

1. ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
2. ¿Cuál es la prevalencia de la depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
3. ¿Existen diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?
4. ¿Existen diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021?

**Objetivos específicos:**

1. Determinar la prevalencia de ansiedad moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
  2. Determinar la prevalencia de la depresión moderada y severa en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
  3. Determinar la existencia de diferencias significativas en materia de ansiedad, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
  4. Determinar la existencia de diferencias significativas en materia de depresión, según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.
-



---

según el género, el tiempo de servicio y el grupo ocupacional del personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.

concentración, Cansancio o fatiga, Pérdida de interés en el sexo.

---

Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema (en formato APA)

Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico (en formato APA)

CONICET, (2020). Personal de salud sufre ansiedad y depresión. <https://www.0221.com.ar/nota/2020-4-29-13-8-0-el-85-del-personal-de-salud-sufre-ansiedad-y-depresion-por-miedo-a-contagiar-a-su-familia-con-coronavirus>

Gómez, A., Ocampo, S., Montoya, D., Valtierra, C., Rentería, F., Vázquez, M., Reyna, A. & Rodríguez, V. (2020) Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría. *Lux Médica*, 16(48). Recuperado a partir de <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2918>

Miranda, R. & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8 (1), 1-12. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/html/index.html>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta*. McGraw-Hill.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento Metodos de Investigación Ciencias Sociales*. McGRAW-Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --). México D.F.: McGraw-Hill.

## Anexo B: Operacionalización de las variables

<b>Título preliminar:</b> Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021.				
<b>Variable del estudio:</b> Ansiedad y depresión				
<b>Conceptualización de la variable:</b>				
<p><b>Ansiedad:</b> Se trata de una reacción emocional que conlleva sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, en donde se activa el sistema nervioso autónomo. (Schwarzer, R. et al., 1984).</p> <p><b>Depresión:</b> Se trata de una tendencia a interpretar eventos o hechos de la vida diaria de un serían modo negativo, percibiendo de manera menos provechosas de las que realmente (Beck et al. 2010).</p>				
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	
Ansiedad estado	Calma	1	Ordinal	
	Seguridad	2		
	Tensión	3		
	Contracción	4		
	Placer	5		
	Alteración	6		
	Preocupación	7,17		
	Descanso	8		
	Ansiedad	9		Sin ansiedad (0-42)
	Comodidad	10		Ansiedad leve (43 = 46)
	Confianza propia	11		Ansiedad moderada (47-51)
	Nerviosismo	12		Ansiedad grave (52-64)
	Agitación	13,18		
	Sentimiento de explotar	14		
	Reposo	15		
	Satisfacción	16		
	Alegría	19		
	Bienestar	20		

Depresión general	Tristeza	1	Ordinal
	Pesimismo	2	
	Fracaso	3	
	Pérdida de placer	4	
	Sentimiento de culpa	5	
	Sentimiento de castigo	6	
	Disconformidad con uno mismo	7	
	Autocrítica	8	
	Pensamientos o deseos suicidas	9	
	Llanto	10	
	Agitación	11	
	Pérdida de interés	12	Sin depresión (0-13) Depresión leve (14-19) Depresión moderada (20-28) Depresión severa (29-63)
	Indecisión	13	
	Desvalorización	14	
	Pérdida de energía	15	
	Cambios en los hábitos de sueños	16	
	Irritabilidad	17	
	Cambio en el apetito	18	
	Dificultad de concentración	19	
	Cansancio o fatiga	20	
	Pérdida de interés en el sexo	21	

## Anexo C: Instrumentos utilizados

### DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellido.....

Fecha.....Sexo: Masculino  Femenino  Edad:  .....Tiempo de servicio.....

Grupo ocupacional.....

### Instrumento para medir la ansiedad

#### Escala de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE)

(Solo estado)

Instrucción: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea la frase y marque la opción que considere como se siente ahora mismo, o sea en este momento o en durante estos últimos días. No existen respuestas buenas o malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor desee según sus sentimientos ahora.

Nº	Ítems	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado (a)*				
2	Me siento seguro(a)*				
3	Estoy tenso (a)				
4	Estoy contraído (a)				
5	Estoy a gusto*				
6	Me siento alterado (a)				
7	Estoy preocupado (a) actualmente por un posible contrat tiempo				
8	Me siento descansado (a)*				
9	Me siento Ansioso (a)				
10	Me siento cómodo (a)*				
11	Me siento con confianza en mí mismo (a)*				
12	Me siento nervioso (a)				
13	Me siento Agitado (a)				
14	Me siento "a punto de explotar"				

15	Me siento reposado (a)*				
16	Me siento satisfecho (a)*				
17	Estoy preocupado (a)				
18	Me siento muy agitado (a)				
19	Me siento alegre*				
20	Me siento bien*				

*¡Gracias por participar!*

### Instrumento para medir la depresión

#### Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones, por favor lea con atención cada una de ellas cuidadosamente. Luego elija y marque con una (X) una de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. En las proposiciones o reactivos que se presentan a continuación existen cuatro (4) alternativas de respuestas excepto las preguntas 16 y 18, responda según su apreciación:

1.- Tristeza	
0	No me siento triste
1	Me siento triste gran parte del tiempo
2	Me siento triste todo el tiempo
3	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2.- Pesimismo	
0	No estoy desalentado respecto a mi futuro
1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2	No espero que las cosas funcionen para mí
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puedo empeorar
3.- Fracaso	
0	No me siento como un fracasado.
1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
2	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puedo empeorar
3.- Fracaso	
0	No me siento como un fracasado.
1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
2	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3	Siento que como persona soy un fracaso total.
4.- Pérdida de placer	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5.- Sentimiento de culpa	
0	No me siento particularmente culpable
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento culpable todo el tiempo.
6.- Sentimiento de castigo	
0	No siento que este siendo castigado
1	Siento que tal vez pueda ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Siento que estoy siendo castigado.
7.- Disconformidad con uno mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí mismo.
2	Estoy decepcionado conmigo mismo.
3	No me gusto a mí mismo.
8.- Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual

1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9.- Pensamientos o deseos suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2	Querría matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10.- Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.
11.- Agitación	
0	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12.- Pérdida de interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.
13.- Indecisión	
0	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14.- Desvalorización	
0	No siento que yo no sea valioso
1	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.
15.- Pérdida de energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3	No tengo energía suficiente para hacer nada.
16.- Cambios en los hábitos de sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a	Duermo un poco más que lo habitual.
1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
2a	Duermo mucho más que lo habitual.
2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
3a	Duermo la mayor parte del día.
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17.- irritabilidad	
0	No estoy tan irritable que lo habitual.
1	Estoy más irritable que lo habitual.
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.
18.- Cambio en el apetito	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a	Mi apetito es mucho menor que antes.

2b	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a	No tengo apetito en absoluto.
3b	Quiero comer todo el día.
19.- Dificultad de concentración	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20.- Cansancio o fatiga	
0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21.- Pérdida de interés en el sexo	
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.

## Anexo D: Captura de matriz de datos en SPSS V25

3. MATRIZ (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 53 de 53 variables

	Sujetos	Genero	A.Servicio	G.Ocupacional	N.ANSIEDAD	N.DEPRESIÓN	P.1	P.2	P.3	P.4	F
1	1	Masculino	4	Tec. Enfermería	Sin ansiedad	Sin depresión	Bastante	Bastante	No en lo absoluto	No en lo absoluto	
2	2	Femenino	1	Tec. Enfermería	Ansiedad grave	Depresión leve	Mucho	Mucho	Mucho	No en lo absoluto	
3	3	Masculino	4	Tec. Enfermería	Sin ansiedad	Sin depresión	Mucho	Mucho	No en lo absoluto	Un poco	
4	4	Masculino	2	Enfermero(a)	Ansiedad leve	Sin depresión	Mucho	Bastante	Un poco	Un poco	
5	5	Masculino	4	Enfermero(a)	Sin ansiedad	Depresión leve	Un poco	Mucho	Un poco	No en lo absoluto	
6	6	Femenino	1	Tec. Enfermería	Ansiedad modera...	Sin depresión	Bastante	Mucho	No en lo absoluto	No en lo absoluto	
7	7	Femenino	4	Tec. Enfermería	Ansiedad leve	Sin depresión	Bastante	Bastante	Un poco	Un poco	
8	8	Femenino	1	Tec. Enfermería	Ansiedad leve	Sin depresión	Bastante	Bastante	Un poco	Un poco	
9	9	Femenino	4	Enfermero(a)	Sin ansiedad	Sin depresión	Un poco	Bastante	Un poco	No en lo absoluto	
10	10	Femenino	4	Obstetra	Ansiedad leve	Sin depresión	Bastante	Mucho	Un poco	Bastante	No en lo
11	11	Femenino	4	Obstetra	Ansiedad modera...	Sin depresión	Bastante	Mucho	Un poco	Un poco	
12	12	Masculino	4	Tec. Enfermería	Ansiedad grave	Sin depresión	Mucho	Bastante	No en lo absoluto	Mucho	
13	13	Femenino	4	Tec. Enfermería	Ansiedad modera...	Sin depresión	Un poco	Bastante	Un poco	Bastante	
14	14	Femenino	1	Tec. Enfermería	Ansiedad leve	Depresión leve	Mucho	Un poco	No en lo absoluto	Mucho	
15	15	Femenino	1	Tec. Enfermería	Ansiedad leve	Sin depresión	Bastante	Bastante	Un poco	No en lo absoluto	
16	16	Femenino	4	Obstetra	Ansiedad modera...	Sin depresión	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	
17	17	Femenino	1	Obstetra	Sin ansiedad	Sin depresión	Un poco	Mucho	Un poco	No en lo absoluto	
18	18	Masculino	2	Médico	Sin ansiedad	Sin depresión	Bastante	Un poco	No en lo absoluto	No en lo absoluto	
19	19	Femenino	2	Obstetra	Ansiedad leve	Sin depresión	Un poco	Bastante	No en lo absoluto	No en lo absoluto	
20	20	Femenino	1	Obstetra	Ansiedad modera...	Sin depresión	Bastante	Bastante	No en lo absoluto	Un poco	
21	21	Masculino	4	Tec. Enfermería	Ansiedad leve	Sin depresión	Bastante	Bastante	No en lo absoluto	No en lo absoluto	
22	22	Femenino	4	Enfermero(a)	Ansiedad grave	Depresión severa	Mucho	Mucho	Mucho	No en lo absoluto	
23	23	Femenino	4	Enfermero(a)	Ansiedad modera...	Depresión severa	Mucho	Un poco	Mucho	Mucho	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

3. MATRIZ (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Pérdidas	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Sujetos	Númérico	9	0	ID	Ninguno Ninguno		10	Derecha	Escala	Entrada
2	Genero	Númérico	9	0	Sexo	{1, Masculi... Ninguno		12	Derecha	Escala	Entrada
3	A.Servicio	Cadena	9	0	A.Servicio	{0-1, }... Ninguno		12	Izquierda	Nominal	Entrada
4	G.Ocupacional	Númérico	9	0	GrupoOcupo	{1, Médico}... Ninguno		14	Derecha	Escala	Entrada
5	N.ANSIEDAD	Númérico	9	0	Niveles de ans...	{0, Sin ansi... Ninguno		12	Derecha	Escala	Entrada
6	N.DEPRESIÓN	Númérico	9	0	Niveles de dep...	{0, Sin depr... Ninguno		14	Derecha	Escala	Entrada
7	P.1	Númérico	9	0	Me siento cal...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
8	P.2	Númérico	9	0	Me siento seg...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
9	P.3	Númérico	9	0	Estoy tenso (a)	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P.4	Númérico	9	0	Estoy comad...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
11	P.5	Númérico	9	0	Estoy a gusto*	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
12	P.6	Númérico	9	0	Me siento alle...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
13	P.7	Númérico	9	0	Estoy preocup...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
14	P.8	Númérico	9	0	Me siento des...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
15	P.9	Númérico	9	0	Me siento Ans...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
16	P.10	Númérico	9	0	Me siento od...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
17	P.11	Númérico	9	0	Me siento con...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
18	P.12	Númérico	9	0	Me siento neri...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
19	P.13	Númérico	9	0	Me siento Agil...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
20	P.14	Númérico	9	0	Me siento 'a p...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
21	P.15	Númérico	9	0	Me siento rep...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
22	P.16	Númérico	9	0	Me siento sati...	{1, No en lo... Ninguno		17	Derecha	Ordinal	Entrada
23	P.17	Númérico	9	0	Estoy preocup...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada
24	P.18	Númérico	9	0	Me siento mu...	{1, No en lo... Ninguno		12	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

# Anexo E: Captura de tabulación de datos en Excel 2019

AB1

SUJETO	GÉNERO	Años d servicio	GRUPC	OCUPACIO	PRG.12	PRG.13	PRG.14	PRG.15	PRG.16	PRG.17	PRG.18	PRG.19	PRG.20	Total	Valoración
Sujeto 1	1	4	3	1	1	1	2	3	2	1	3	3	40	Sin ansiedad	
Sujeto 2	2	1	3	1	1	1	2	4	2	1	4	4	54	Ansiedad alta	
Sujeto 3	1	4	3	1	1	1	1	1	2	3	3	4	42	Sin ansiedad	
Sujeto 4	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	4	4	44	Ansiedad leve	
Sujeto 5	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	36	Sin ansiedad	
Sujeto 6	2	1	3	1	1	3	3	1	1	4	4	4	47	Ansiedad moderada	
Sujeto 7	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	43	Ansiedad leve	
Sujeto 8	2	1	3	1	1	1	2	4	1	1	4	4	45	Ansiedad leve	
Sujeto 9	2	4	2	1	1	1	2	3	1	1	3	3	39	Sin ansiedad	
Sujeto 10	2	4	4	2	1	1	3	3	1	1	3	3	45	Ansiedad leve	
Sujeto 11	2	4	4	1	1	1	2	1	4	1	4	4	51	Ansiedad moderada	
Sujeto 12	1	4	3	1	1	1	4	4	4	4	4	4	57	Ansiedad alta	
Sujeto 13	2	4	3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	49	Ansiedad moderada	
Sujeto 14	2	1	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	45	Ansiedad leve	
Sujeto 15	2	1	3	1	1	1	2	3	2	1	3	3	43	Ansiedad leve	
Sujeto 16	2	4	4	1	1	1	2	2	1	1	3	3	47	Ansiedad moderada	
Sujeto 17	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin ansiedad	
Sujeto 18	1	2	1	2	1	1	3	3	1	1	3	3	40	Sin ansiedad	
Sujeto 19	2	2	4	2	1	2	3	2	3	1	4	4	45	Ansiedad leve	
Sujeto 20	2	1	4	1	1	1	3	3	2	1	3	3	47	Ansiedad moderada	
Sujeto 21	1	4	3	1	1	1	3	4	1	1	4	4	46	Ansiedad leve	
Sujeto 22	2	4	2	1	1	4	2	4	2	1	4	4	57	Ansiedad alta	
Sujeto 23	2	4	2	2	4	1	2	2	1	3	2	1	49	Ansiedad moderada	
Sujeto 24	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	3	3	48	Ansiedad moderada	
Sujeto 25	1	4	2	3	4	2	1	3	3	1	3	2	54	Ansiedad alta	
Sujeto 26	2	4	2	3	3	2	1	2	3	4	4	4	56	Ansiedad alta	
Sujeto 27	2	4	2	3	3	1	2	3	4	2	4	4	58	Ansiedad alta	
Sujeto 28	1	4	2	4	3	1	2	3	4	2	4	4	60	Ansiedad alta	
Sujeto 29	2	4	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	47	Ansiedad moderada	
Sujeto 30	2	4	2	2	1	1	2	3	2	1	3	3	43	Ansiedad leve	
Sujeto 31	2	4	4	1	1	1	2	3	2	1	2	2	45	Ansiedad leve	
Sujeto 32	2	4	3	3	1	1	2	1	1	2	3	3	47	Ansiedad moderada	
Sujeto 33	2	4	2	3	3	2	1	2	3	4	2	2	50	Ansiedad moderada	
Sujeto 34	2	4	2	3	4	1	1	4	4	4	4	4	60	Ansiedad alta	

Variable      Ansiedad

Cantidad de Escalas Valorativa      4

Nº de Preguntas      20

Valor Mínimo por ítem      1

Valor Máximo por ítem      4

**LAS PREGUNTAS EN ROJO SE INVIERTEN LOS PUNTAJES**

Calificación	Desde	Hasta	Frec.	%
Sin ansiedad	0	42	36	33%
Ansiedad leve	43	46	16	15%
Ansiedad moderada	47	51	17	15%
Ansiedad alta	52	64	41	37%
<b>Total</b>			<b>110</b>	<b>100%</b>

DATOS DE FILIACIÓN      **ANSIEDAD**      DEPRESIÓN

AF23

SUJETOS	GÉNERO	Ansiedad rasgo											Total	Valoración	
		PRG.10	PRG.11	PRG.12	PRG.13	PRG.14	PRG.15	PRG.16	PRG.17	PRG.18	PRG.19	PRG.20	PRG.21		
Sujeto 1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	7	Sin depresión
Sujeto 2	2	3	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	15	Depresión
Sujeto 3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin depresión
Sujeto 4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin depresión
Sujeto 5	1	0	0	0	3	0	1	1	0	2	1	1	0	19	Depresión
Sujeto 6	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	Sin depresión
Sujeto 7	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Sin depresión
Sujeto 8	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	19	Sin depresión
Sujeto 9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin depresión
Sujeto 10	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	Sin depresión
Sujeto 11	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Sin depresión
Sujeto 12	1	0	3	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	13	Sin depresión
Sujeto 13	2	1	3	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	13	Sin depresión
Sujeto 14	2	1	0	1	0	0	2	3	0	1	2	0	0	18	Depresión
Sujeto 15	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	18	Sin depresión
Sujeto 16	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	18	Sin depresión
Sujeto 17	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin depresión
Sujeto 18	1	0	0	0	3	0	1	2	0	1	1	1	1	11	Sin depresión
Sujeto 19	2	2	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	11	Sin depresión
Sujeto 20	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Sin depresión
Sujeto 21	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Sin depresión
Sujeto 22	2	3	2	1	3	0	3	2	3	2	2	2	2	33	Depresión severa
Sujeto 23	2	3	1	3	0	1	2	2	0	2	2	2	2	31	Depresión severa
Sujeto 24	2	2	1	0	2	0	2	3	0	2	0	2	0	22	Depresión moderada
Sujeto 25	1	0	2	0	1	0	2	1	1	2	1	3	0	18	Depresión
Sujeto 26	2	1	2	0	3	0	2	2	3	2	1	0	0	25	Depresión moderada
Sujeto 27	2	1	2	0	3	0	3	2	0	2	0	2	1	23	Depresión moderada
Sujeto 28	1	0	3	3	0	1	2	2	0	0	0	2	0	15	Depresión
Sujeto 29	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	Sin depresión
Sujeto 30	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	13	Sin depresión
Sujeto 31	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	Depresión moderada
Sujeto 32	2	2	2	0	1	0	0	3	0	0	2	1	0	22	Depresión moderada
Sujeto 33	2	0	1	1	0	1	2	2	0	0	0	1	0	10	Sin depresión
Sujeto 34	2	2	1	0	2	0	2	3	0	2	0	2	0	21	Depresión moderada

Variable      Depresión

Cantidad de Escalas Valorativa      4

Nº de Preguntas      21

Valor Mínimo por ítem      0

Valor Máximo por ítem      3

Calificación	Desde	Hasta	Frec.	%
Sin depresión	0	13	59	54%
Depresión leve	14	19	0	0%
Depresión moderada	20	28	13	12%
Depresión severa	29	63	23	21%
<b>Total</b>			<b>110</b>	<b>100%</b>

DATOS DE FILIACIÓN      **ANSIEDAD**      **DEPRESIÓN**

Anexo F: Cartas de presentación al Hospital II-E Juanjuí



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**Lima, 12 de febrero del 2021**

**CARTA N° 0000-EPPH-UAP**

**OBSTETRA FRANCO NAVARRO DEL AGUILA.**

**Director del HOSPITAL II-E JUANJUÍ.**

Tengo el agrado de dirigirme a usted a nombre de la Universidad Alas Peruanas, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez presentarle a los señores. **CECILIA ISLA RAMÍREZ**, con código universitario N° 2015143781, **BRUNO LATORRE**, **ELSA MARCELA**, con código universitario N° 2015127317, **SALINAS PAREJAS**, **RONAL**, con código universitario N° 2015143729, alumnos de la Escuela Profesional de Psicología Humana, quienes desean realizar su trabajo de Investigación con el tema "ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí 2021" por lo que quisiéramos contar con su autorización para realizar encuesta a los trabajadores.

Los datos recogidos serán tratados confidencialmente y utilizados únicamente para fines de este estudio.

Agradeciéndole su gentil atención al presente, y asegurándole que con vuestra colaboración estará contribuyendo a la formación integral de profesionales, aprovecho la ocasión para expresarle los sentimientos de consideración y estima personal.

**Atentamente.**

**UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
-----  
Lic. Greyes Cayetano Alvarez  
Coordinador  
EP Psicología Humana

Anexo G: Carta de aceptación



**“Año Del Fortalecimiento De La Soberanía Nacional”**

JUANJUÍ 15 DE FEBRERO DEL 2021

OBST. FRANCO NAVARRO DEL AGUILA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL II-E JUANJUI.

Estimados estudiantes de psicología CECILIA ISLA RAMIREZ, ELSA MARCELA BRUNO LATORRE, RONAL SALINAS PAREJAS, habiendo recibido y evaluado su solicitud, encontré oportuna vuestra investigación debido a la coyuntura actual en que se vive debido a la crisis sanitaria por el Coronavirus y la creciente preocupación sobre los efectos en nuestro personal asistencial.

Por tanto, como mi cargo de director del Hospital II-E me lo permite, he decidido darles todas las facilidades a ustedes como investigadores, para llevar a cabo su trabajo de Investigación con el tema “Ansiedad y depresión en el personal asistencial de nuestro centro hospitalario II-E de Juanjuí.

Sin otro particular les deseo muchos éxitos, espero que vuestra labor como investigadores sea fructífera tanto para ustedes, así como para nuestra institución.

Atentamente

Obst. Franco Navarro Del Aguila  
DIRECTOR

.....

Anexo H: Consentimiento informado para participación en la investigación

**Consentimiento informado**

Estimado trabajador.....

En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el tema: “**Ansiedad y depresión en el personal asistencial del Hospital II-E Juanjuí, 2021**”; por eso quisiéramos contar con su valiosa colaboración. Por lo que mediante el presente documento se le solicita su consentimiento informado. El proceso consiste en la aplicación de algunos cuestionarios que deberán ser completados por su persona en un formato de Word de manera virtual con una duración de 25 minutos aproximadamente. Los datos recogidos serán tratados confidencialmente y utilizados únicamente para fines de este estudio.

En caso tenga alguna duda con respecto a la evaluación puede solicitar la aclaración respectiva contactando los investigadores responsables: **Isla Ramírez, Cecilia** al número de celular: **947930415**, o al correo electrónico: [caritafeliz1007@gmail.com](mailto:caritafeliz1007@gmail.com).

**Salinas Parejas, Ronal** al número de celular.: **975386609**, o al correo electrónico: [ronalsalinazlive@gmail.com](mailto:ronalsalinazlive@gmail.com). **Bruno Latorre, Elsa Marcela** al número de celular: **975000076**, o al correo electrónico: [marcelabrunolatorre@gmail.com](mailto:marcelabrunolatorre@gmail.com).

De aceptar la participación en la investigación, debe firmar este documento como evidencia de haber sido informado sobre los procedimientos de la investigación.

Gracias por su colaboración.

Yo, ....., identificado/a con DNI N.º ....., Cel.:....., como personal asistencial, declaro haber sido informado/a del objetivo de este estudio, los procedimientos que se seguirán para el recojo de la información y el manejo de los datos obtenidos. En ese sentido, acepto voluntariamente participar en la investigación respondiendo a los mencionados cuestionarios para estos fines.

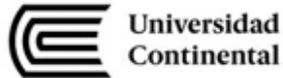
Lugar: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

\_\_\_\_\_

DNI:

FIRMA

Anexo I: Oficio de aprobación del proyecto de investigación por el comité de ética HH de la universidad Continental.



Huancayo, 23 de marzo de 2022

**OFICIO N° 129-2021-CE-FH-UC**

Señor(as):

**CECILIA ISLA RAMIREZ  
ELSA M. BRUNO LA TORRE  
RONAL SALINAS PAREJAS**

Presente-

**EXP. 129- 2021**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL II-E JUANJUÍ, 2021” ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte.



**Claudia Rios Cataño**  
Comité de Ética en Investigación  
Facultad de Humanidades  
Presidenta  
Universidad Continental



**INFORME No. 040-2022-SAUC**

**INFORME No. 040-2022-SAUC**

**A** : Eliana Mory Arciniega  
Decano de la Facultad de Humanidades

**DE** : Sandro Alex Urco Cáceres

**ASUNTO** : Informe de conformidad de tesis BACH. ELSA MARCELA BRUNO  
LATORRE BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ  
BACH. RONAL SALINAS PAREJAS

**FECHA** : 22 de junio de 2022

---

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber concluido la revisión de la tesis titulada: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL II-E JUANJUÍ, 2021", perteneciente las estudiantes BACH. ELSA MARCELA BRUNO LATORRE, BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ, BACH. RONAL SALINAS PAREJAS de

la E.A.P. de Psicología; luego de la respectiva revisión a los requisitos de forma y fondo, habiéndose subsanado las observaciones comunicadas en su oportunidad, en mi condición de jurado revisor, y en cumplimiento al Reglamento Académico de la Universidad Continental, informo que la tesis se encuentra **EXPEDITA** para la sustentación.

Lo que comunico para conocimiento y fines correspondientes.

Atentamente,



Urco Cáceres Sandro Alex

Jurado revisor de tesis

## RÚBRICA PARA EVALUAR TESIS DE LICENCIATURA

Aspectos / criterios a evaluar		Resultados de la evaluación			Resultado	Comentario
		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)		
Probidad académica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.El trabajo carece de coincidencias no citadas, lo que ha sido revisado a través de la plataforma Turnitin.</li> <li>2.Se evidencia valores y buenas prácticas en la recolección de datos.</li> </ol>	El trabajo no cumple con las dos condiciones requeridas.	El trabajo no cumple una de las condiciones requeridas.	El trabajo cumple con todas las condiciones requeridas.	L	
Lenguaje y redacción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.El lenguaje es impersonal y singular.</li> <li>2.Tiempo presente para el planteamiento.</li> <li>3.Tiempo pasado para los antecedentes, método, resultados.</li> <li>4.Respeta las pautas de redacción, texto, tamaño.</li> <li>5.Sin errores ortográficos y buena sintaxis.</li> </ol>	El trabajo presenta errores sistemáticos a lo largo de toda la redacción.	El trabajo cuenta con todos los elementos, pero con deficiencias en páginas específicas.	El trabajo cuenta con todos los elementos correctos.	L	
Referencias y citas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El listado de referencias incluye todas las referencias utilizadas en la elaboración el proyecto.</li> <li>2. El listado de referencias respeta las normas de la <i>American Psychological Association</i> (APA).</li> <li>3. Las referencias en las citas son formalmente correctas.</li> <li>4. Los formatos de presentación de las citas, tanto directas como indirectas, son correctos.</li> <li>5. Hay coincidencia entre cita y referencia.</li> </ol>	El trabajo presenta errores sistemáticos a lo largo de toda la redacción.	El trabajo cuenta con todos o la mayoría de los elementos, pero con deficiencias en páginas específicas.	El trabajo cumple con todas las condiciones requeridas para las citas y referencias.	L	

Aspectos / criterios a evaluar		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)	Resultado	Comentario	
Partes preliminares de la tesis	Portada	<p>Elementos que deben aparecer en la portada:</p> <p>1.Nombre de la Universidad 2.Título de la tesis 3.Autor</p> <p>4.Asesor 5.Grado 6.Fecha</p>	No cuenta con portada o con ausencia substancial de los elementos solicitados 1 título de la tesis	La portada cuenta con un máximo de tres elementos correctos.	La portada cuenta con todos los elementos correctos.	L	
	Resumen	<p>Características del resumen:</p> <p>1.No sobrepasa una hoja. 2.Se menciona el objetivo. 3. Se incluye la parte metodológica. 4. Se incluye una breve mención de los resultados. 5.Se incluye la mención de las conclusiones principales. 6.Se indican al menos seis palabras clave. 7.Cuenta con el resumen en inglés (abstract).</p>	El resumen no contiene los elementos solicitados.	El resumen contiene todos elementos, pero con deficiencias en algunos de ellos.	El resumen contiene todos elementos correctamente presentados.	L	
	Índice	<p>El índice o los índices se presentan según lo siguiente:</p> <p>1. Se incluye el índice general. 2. Se incluye el índice de tablas, si el documento contiene tablas. 3. Se incluye el índice de gráficos, si el documento contiene gráficos. 4. Todos los índices están correctamente relacionados con el número de páginas. 5. Todos los índices mantienen un orden en la presentación y estructura.</p>	El índice tiene deficiencias de diverso orden y no cumple con los elementos planteados.	El índice cuenta con la mayoría de elementos, pero con deficiencias.	El índice cumple con todas las condiciones requeridas.	L	

Aspectos / criterios a evaluar		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)	Resultado	Comentario
Portada	<p>Elementos que deben aparecer en la portada:</p> <p>1.Nombre de la Universidad 2.Título de la tesis 3.Autor</p> <p>4.Asesor</p> <p>5.Grado</p> <p>6.Fecha</p>	<p>No cuenta con portada o con ausencia substancial de los elementos solicitados</p> <p>1 título de la tesis</p>	<p>La portada cuenta con un máximo de tres elementos correctos.</p>	<p>La portada cuenta con todos los elementos correctos.</p>	L	
Resumen	<p>Características del resumen:</p> <p>1.No sobrepasa una hoja. 2.Se menciona el objetivo.</p> <p>3. Se incluye la parte metodológica.</p> <p>4. Se incluye una breve mención de los resultados. 5.Se incluye la mención de las conclusiones principales.</p> <p>6.Se indican al menos seis palabras clave.</p> <p>7.Cuenta con el resumen en inglés (abstract).</p>	<p>El resumen no contiene los elementos solicitados.</p>	<p>El resumen contiene todos elementos, pero con deficiencias en algunos de ellos.</p>	<p>El resumen contiene todos elementos correctamente presentados.</p>	L	

	Índice	<p>El índice o los índices se presentan según lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se incluye el índice general.</li> <li>2. Se incluye el índice de tablas, si el documento contiene tablas.</li> <li>3. Se incluye el índice de gráficos, si el documento contiene gráficos.</li> <li>4. Todos los índices están correctamente relacionados con el número de páginas.</li> <li>5. Todos los índices mantienen un orden en la presentación y estructura.</li> </ol>	<p>El índice tiene deficiencias de diverso orden y no cumple con los elementos planteados.</p>	<p>El índice cuenta con la mayoría de elementos, pero con deficiencias.</p>	<p>El índice cumple con todas las condiciones requeridas.</p>	<p>L</p>	
--	--------	---	--	---	---	----------	--

Introducción	La introducción debe		La introducción cuenta con menos de cinco de los elementos solicitados o la mayoría de estos presentan deficiencias.	La introducción contiene todos los elementos necesarios presentados con pertinencia.	L	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exponer el tema</li> <li>Presentar los antecedentes relevantes.</li> <li>Presentar las motivaciones del trabajo.</li> <li>Explicar los aspectos metodológicos.</li> <li>Explicar de manera general el contenido de cada uno de los capítulos.</li> <li>Mencionar los alcances.</li> <li>Mencionar las limitaciones.</li> </ol>	El trabajo no presenta introducción o la mayoría de los elementos tiene deficiencias.				

Aspectos / criterios a evaluar		Resultados de la evaluación			Resultado	Comentario	
		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)			
Cuerpo de la tesis	del estudioPlanteamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>El problema se enuncia en forma de una pregunta y al menos dos subpreguntas derivadas de la primera, todas ellas vinculadas directamente con el tema.</li> <li>El problema se enuncia de forma clara, sin ambigüedades y es una pregunta que puede ser resuelta a través de la investigación.</li> <li>Se incluye objetivo general y objetivos específicos.</li> <li>Se explica la importancia del estudio y sus motivaciones (justificación).</li> </ol>	No cuenta con planteamiento del problema o se encuentra deficiencias en cada uno de sus elementos.	El planteamiento del estudio contiene como máximo tres elementos correctos.	El planteamiento del estudio contiene todos los elementos correctamente planteados.	L	
	Marco teórico o conceptual / estado del arte	<ol style="list-style-type: none"> <li>Presenta los conocimientos existentes sobre el tema a investigar (antecedentes), preferentemente artículos científicos de revistas indexadas, cuando es aplicable.</li> <li>Presenta la perspectiva teórica (bases teóricas) sobre la cual se basa el estudio, si es aplicable.</li> <li>Se definen con claridad, precisión y sustento los conceptos clave.</li> </ol>	El marco teórico o conceptual o el estado del arte no cumple con las condiciones requeridas.	El marco teórico o conceptual o el estado del arte solo cumple con algunas de las condiciones requeridas o estas requieren mejoras.	El marco teórico o conceptual o el estado del arte cumple con todas las condiciones de manera satisfactoria.	L	

Resultados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se expone de manera detallada la información recogida.</li> <li>2. Los resultados se presentan con gráficos, pero también con explicaciones.</li> <li>3. Los resultados inician con la presentación de los análisis del primer orden.</li> <li>4. Las tablas deben estar citadas en el texto.</li> <li>5. Las tablas deben estar correctamente tituladas.</li> <li>6. Se comentan los datos más relevantes.</li> <li>7. Se expone los resultados con la evidencia existente.</li> <li>8. Los resultados están ordenados según categorías y subcategorías (estudio cualitativo).</li> </ol>	Los resultados solo cumplen con dos o hasta tres de las condiciones requeridas.	Los resultados se presentan atendiendo a cuatro o hasta seis de las siete condiciones.	Los resultados se presentan atendiendo a todas las condiciones requeridas.	L	
Discusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se expone los resultados con la evidencia existente</li> <li>2. Se identifica fortalezas y debilidades del estudio en función al resultado central.</li> <li>3. Se compara y contrasta los resultados del estudio con el de otros estudios y con la literatura vigente.</li> <li>4. No se repite los resultados en forma general.</li> <li>5. Se identifica errores metodológicos o necesidades para futuras investigaciones.</li> <li>6. Se identifica fortalezas y debilidades del estudio.</li> </ol>	La discusión cumple como máximo con dos de las condiciones requeridas.	La discusión cumple con tres o hasta cinco de las condiciones requeridas.	La discusión cumple con todas las condiciones requeridas.	L	

<b>Autor(es) de la tesis:</b>	BACH. ELSA MARCELA BRUNO LATORRE BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ BACH. RONAL SALINAS PAREJAS
<b>Título preliminar:</b>	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL II-E JUANJUÍ, 2021
<b>Revisor:</b>	<b>SANDRO ALEX URCO CÁCERES</b>

**INFORME NRO. 001-2022-KJER**

**A** : Eliana Mory Arciniega  
Decano de la Facultad de Humanidades

**DE** : Karol Jeaneth Esquivias Ramirez

**ASUNTO:** Informe de conformidad de tesis  
Estudiante:  
BACH. ELSA MARCELA BRUNO LATORRE  
BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ  
BACH. RONAL SALINAS PAREJAS

**FECHA :** 16/06/2022

---

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber concluido la revisión de la tesis titulada "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL II-E JUANJUÍ,

2021", perteneciente al/la estudiante BACH. ELSA MARCELA BRUNO LATORRE, BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ, BACH. RONAL SALINAS

PAREJAS de la E.A.P. de Psicología; luego de la respectiva revisión a los requisitos de forma y fondo, habiéndose subsanado las observaciones comunicadas en su oportunidad, en mi condición de jurado revisor, y en cumplimiento al Reglamento Académico de la Universidad Continental, informo que la tesis se encuentra **EXPEDITA** para la sustentación, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresadas en el reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI-SUNEDU).

Lo que comunico para conocimiento y fines correspondientes.

Atentamente.



KAROL JEANETH ESQUIVIAS RAMIREZ  
PSICOLOGA  
C.P. 0000 000 000

---

Karol Jeaneth Esquivias Ramirez  
Jurado revisor de tesis

**RÚBRICA PARA EVALUAR TESIS DE LICENCIATURA**

Aspectos / criterios a evaluar		Resultados de la evaluación			Resultado	Comentario
		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)		
Probidad académica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.El trabajo carece de coincidencias no citadas, lo que ha sido revisado a través de la plataforma Turn it in.</li> <li>2.Se evidencia valores y buenas prácticas en la recolección de datos.</li> </ol>	El trabajo no cumple con las dos condiciones requeridas.	El trabajo no cumple una de las condiciones requeridas.	El trabajo cumple con todas las condiciones requeridas.	Logrado	Evidencia adecuada recolección de datos
Lenguaje y redacción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.El lenguaje es impersonal y singular.</li> <li>2.Tiempo presente para el planteamiento.</li> <li>3.Tiempo pasado para los antecedentes, método, resultados.</li> <li>4.Respeta las pautas de redacción, texto, tamaño.</li> <li>5.Sin errores ortográficos y buena sintaxis.</li> </ol>	El trabajo presenta errores sistemáticos a lo largo de toda la redacción.	El trabajo cuenta con todos los elementos, pero con deficiencias en páginas específicas.	El trabajo cuenta con todos los elementos correctos.	Logrado	Cumple con los elementos
Referencias y citas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El listado de referencias incluye todas las referencias utilizadas en la elaboración el proyecto.</li> <li>2. El listado de referencias respeta las normas de la <i>American Psychological Association</i> (APA).</li> <li>3. Las referencias en las citas son formalmente correctas.</li> <li>4. Los formatos de presentación de las citas, tanto directas como indirectas, son correctos.</li> <li>5. Hay coincidencia entre cita y referencia.</li> </ol>	El trabajo presenta errores sistemáticos a lo largo de toda la redacción.	El trabajo cuenta con todos o la mayoría de los elementos, pero con deficiencias en páginas específicas.	El trabajo cumple con todas las condiciones requeridas para las citas y referencias.	Logrado	Cumple con los elementos

Aspectos / criterios a evaluar		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)	Resultado	Comentario	
Partes preliminares de la tesis	Portada	Elementos que deben aparecer en la portada: 1.Nombre de la Universidad 2.Título de la tesis 3.Autor 4.Asesor 5.Grado 6.Fecha	No cuenta con portada o con ausencia substancial de los elementos solicitados 1 título de la tesis	La portada cuenta con un máximo de tres elementos correctos.	La portada cuenta con todos los elementos correctos.	Logrado	Cumple con los elementos
	Resumen	Características del resumen: 1. No sobrepasa una hoja. 2. Se menciona el objetivo. 3. Se incluye la parte metodológica. 4. Se incluye una breve mención de los resultados. 5. Se incluye la mención de las conclusiones principales. 6. Se indican al menos seis palabras clave. 7. Cuenta con el resumen en inglés (abstract).	El resumen no contiene los elementos solicitados.	El resumen contiene todos elementos, pero con deficiencias en algunos de ellos.	El resumen contiene todos elementos correctamente presentados.	Logrado	El título presentado es representativo de la investigación a desarrollar
	Índice	El índice o los índices se presentan según lo siguiente: 6. Se incluye el índice general. 7. Se incluye el índice de tablas, si el documento contiene tablas. 8. Se incluye el índice de gráficos, si el documento contiene gráficos. 9. Todos los índices están correctamente relacionados con el número de páginas. 10. Todos los índices mantienen un orden en la presentación y estructura.	El índice tiene deficiencias de diverso orden y no cumple con los elementos planteados.	El índice cuenta con la mayoría de elementos, pero con deficiencias.	El índice cumple con todas las condiciones requeridas.	Logrado	Cumple con los elementos

Introducción	La introducción debe		La introducción cuenta con menos de cinco de los elementos solicitados o la mayoría de estos presentan deficiencias.	La introducción contiene todos los elementos necesarios presentados con pertinencia.	Logrado	Cumple con los elementos
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exponer el tema</li> <li>Presentar los antecedentes relevantes.</li> <li>Presentar las motivaciones del trabajo.</li> <li>Explicar los aspectos metodológicos.</li> <li>Explicar de manera general el contenido de cada uno de los capítulos.</li> <li>Mencionar los alcances.</li> <li>Mencionar las limitaciones.</li> </ol>	El trabajo no presenta introducción o la mayoría de los elementos tiene deficiencias.				

Aspectos / criterios a evaluar		Resultados de la evaluación			Resultado	Comentario	
		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)			
Cuerpo de la tesis	del estudioPlanteamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>El problema se enuncia en forma de una pregunta y al menos dos subpreguntas derivadas de la primera, todas ellas vinculadas directamente con el tema.</li> <li>El problema se enuncia de forma clara, sin ambigüedades y es una pregunta que puede ser resuelta a través de la investigación.</li> <li>Se incluye objetivo general y objetivos específicos.</li> <li>Se explica la importancia del estudio y sus motivaciones (justificación).</li> </ol>	No cuenta con planteamiento del problema o se encuentra deficiencias en cada uno de sus elementos.	El planteamiento del estudio contiene como máximo tres elementos correctos.	El planteamiento del estudio contiene todos los elementos correctamente planteados.	Logrado	Cumple con la presentación de pregunta de forma general asimismo de forma específica, tomando en cuenta antecedentes investigativos
	Marco teórico o conceptual / contextual	<ol style="list-style-type: none"> <li>Presenta los conocimientos existentes sobre el tema a investigar (antecedentes), preferentemente artículos científicos de revistas indexadas, cuando es aplicable.</li> <li>Presenta la perspectiva teórica (bases teóricas) sobre la cual se basa el estudio, si es aplicable.</li> <li>Se definen con claridad, precisión y sustento los conceptos clave.</li> </ol>	El marco teórico o conceptual o el estado del arte no cumple con las condiciones requeridas.	El marco teórico o conceptual o el estado del arte solo cumple con algunas de las condiciones requeridas o estas requieren mejoras.	El marco teórico o conceptual o el estado del arte cumple con todas las condiciones de manera satisfactoria.	Logrado	Registra antecedentes de investigación, asimismo, da a conocer la base teórica sustentadas en el autor de su instrumento

Diseño metodológico	<p>El diseño metodológico explica con claridad los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo de investigación</li> <li>2. Población y muestra (criterios de exclusión e inclusión)</li> <li>3. Técnica(s) de recojo de información (procedimiento)</li> <li>4. Instrumentos de recolección de datos</li> <li>5. Técnicas de análisis de los datos</li> <li>6. Describe las categorías de la investigación (estudio cualitativo).</li> </ol>	<p>La presentación del diseño metodológico no cumple con todas las condiciones, o la gran mayoría de estas requieren mejoras.</p>	<p>La presentación del diseño metodológico cumple con solo algunas de las condiciones de manera satisfactoria.</p>	<p>La presentación del diseño metodológico cumple con todas las condiciones de manera satisfactoria.</p>	<p>Logrado</p>	<p>Desarrolla el tipo de investigación, nivel de investigación, diseño de investigación. Presenta la población de estudio, precisando su muestreo con la formula. Da a conocer las técnicas de recolección y análisis de información desarrolladas en el contexto</p>
Resultados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se expone de manera detallada la información recogida.</li> <li>2. Los resultados se presentan con gráficos, pero también con explicaciones.</li> <li>3. Los resultados inician con la presentación de los análisis del primer orden.</li> <li>4. Las tablas deben estar citadas en el texto.</li> <li>5. Las tablas deben estar correctamente tituladas.</li> <li>6. Se comentan los datos más relevantes.</li> <li>7. Se expone los resultados con la evidencia existente.</li> <li>8. Los resultados están ordenados según categorías y subcategorías (estudio cualitativo).</li> </ol>	<p>Los resultados solo cumplen con dos o hasta tres de las condiciones requeridas.</p>	<p>Los resultados se presentan atendiendo a cuatro o hasta seis de las siete condiciones.</p>	<p>Los resultados se presentan atendiendo a todas las condiciones requeridas.</p>	<p>Logrado</p>	<p>Cumple con los elementos</p>
Discusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se expone los resultados con la evidencia existente</li> <li>2. Se identifica fortalezas y debilidades del estudio en función al resultado central.</li> <li>3. Se compara y contrasta los resultados del estudio con el de otros estudios y con la literatura vigente.</li> <li>4. No se repite los resultados en forma general.</li> <li>5. Se identifica errores metodológicos o necesidades para futuras investigaciones.</li> <li>6. Se identifica fortalezas y debilidades del estudio.</li> </ol>	<p>La discusión cumple como máximo con dos de las condiciones requeridas.</p>	<p>La discusión cumple con tres o hasta cinco de las condiciones requeridas.</p>	<p>La discusión cumple con todas las condiciones requeridas.</p>	<p>Logrado</p>	<p>Cumple con los elementos</p>

Aspectos / criterios a evaluar		Resultados de la evaluación			Resultado	Comentario	
		Deficiente (D)	En proceso (EP)	Logrado (L)			
Partes complementarias de la tesis	Conclusiones	<p>Las conclusiones se relacionan directamente con los</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. problemas y objetivos de la investigación.</li> <li>2. Las conclusiones hacen explícita la aceptación o rechazo de la hipótesis (si el caso lo requiere)</li> <li>3. Las conclusiones mencionan el aporte al cono que la investigación ha hecho evidente.</li> <li>4. Las conclusiones son concisas y</li> </ol>	<p>No se cumple con ninguna de las condiciones de manera satisfactoria.</p>	<p>Solo algunas de las conclusiones cumplen con las condiciones requeridas de manera satisfactoria</p>	<p>Las conclusiones cumplen con todas las condiciones requerida de manera satisfactoria</p>	Logrado	Cumple con los elementos
	Anexos y apéndices	<p>Entre los anexos o apéndices se incluyen los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El acta de aprobación del comité de ética en investigación (si el caso lo</li> <li>2. El modelo de consentimiento informado (si él lo requiere)</li> <li>3. Las autorizaciones de las instituciones donde recolectado los datos (si el caso lo requiere)</li> <li>4. Instrumentos de recolección de datos.</li> <li>5. Operacionalización de la variable (si el caso</li> </ol>	<p>Los anexos y apéndices incumplen con más de tres de los elementos requeridos.</p>	<p>Los anexos y apéndices incumplen con tres de los elementos requeridos.</p>	<p>Los anexos y apéndices cumplen con todas las condiciones aplicables</p>	Logrado	Cumple con los elementos

<b>AUTOR(ES) DE LA TESIS:</b>	BACH. ELSA MARCELA BRUNO LATORRE BACH. CECILIA ISLA RAMIREZ BACH. RONAL SALINAS PAREJAS
<b>TÍTULO PRELIMINAR:</b>	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL II-E JUANJUÍ, 2021
<b>REVISOR:</b>	Mg. KAROL JEANETH ESQUIVIAS RAMÍREZ