

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Niveles de ansiedad en el personal de enfermería y
técnicos de enfermería de un hospital público de
Tarma en tiempos de Covid-19 - 2022**

Milena Sheyla Aguilar Gutierrez
Elizabeth del Carmen Cardoso Arroyo

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

Niveles de ansiedad

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

17%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	sncpharma.com Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%

10	Díaz Juárez Cynthia Magaly. "Resiliencia, sintomatología ansiosa, depresiva y burnout en médicos internos", TESIUNAM, 2017 Publicación	<1 %
11	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	qdoc.tips Fuente de Internet	<1 %
13	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
14	repository.uniminuto.edu Fuente de Internet	<1 %
15	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	dspace.espol.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
17	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	<1 %
19	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	<1 %
22	Díaz Juárez Cynthia Magaly. "Burnout : variables individuales y organizacionales en profesionales de enfermería", TESIUNAM, 2020 Publicación	<1 %
23	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
24	Paulina Kurcgant, Andrea Rodrigues Passos, Juliana Macedo Lima de Oliveira, Irene Mari Pereira, Taiza Florêncio Costa. "Absentéismo do pessoal de enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes", Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015 Publicación	<1 %
25	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

30	cdigital.uv.mx Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Nacional del Santa Trabajo del estudiante	<1 %
32	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
33	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
34	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.utelesup.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
37	www.dspace.uce.edu.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
40	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	<1 %

41	revistas.iue.edu.co Fuente de Internet	<1 %
42	gestion.pe Fuente de Internet	<1 %
43	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	<1 %
44	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1 %
45	rest7.undc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
46	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	<1 %
47	Lozano Moreno Rodolfo, Ramírez Huitrón Héctor Antonio. "La depresión en el adulto mayor : una vinculación al tratamiento psicológico", TESIUNAM, 2022 Publicación	<1 %
48	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
49	dspace.palermo.edu Fuente de Internet	<1 %
50	www.bacn.gov.py Fuente de Internet	<1 %

51 Submitted to Fundación Universitaria del Area Andina <1 %
Trabajo del estudiante

52 Rogel Alvarado Rogelio. "Ansiedad en profesionales de enfermería de hospitales COVID-19 durante la pandemia por SARS-CoV-2", TESIUNAM, 2022 <1 %
Publicación

53 repositorio.undac.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

54 repository.unab.edu.co <1 %
Fuente de Internet

55 cora.ucc.ie <1 %
Fuente de Internet

56 repositorio.uncp.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

57 repositorio.upao.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

58 ri.ues.edu.sv <1 %
Fuente de Internet

59 " 20 Annual Thinking Qualitatively Virtual Conference ", International Journal of Qualitative Methods, 2021 <1 %
Publicación

60 Buendía Rangel Luz María. "Asertividad y procrastinación en estudiantes mayores de 40 años de la licenciatura en psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED)", TESIUNAM, 2021
Publicación <1 %

61 prezi.com
Fuente de Internet <1 %

62 www.coursehero.com
Fuente de Internet <1 %

63 Submitted to ITESO: Universidad Jesuita de Guadalajara
Trabajo del estudiante <1 %

64 dspace.unl.edu.ec
Fuente de Internet <1 %

65 repositorio.autonoma.edu.pe
Fuente de Internet <1 %

66 Submitted to indoamerica
Trabajo del estudiante <1 %

67 repositorio.ucp.edu.pe
Fuente de Internet <1 %

68 Anaya Vega Juana. "Niveles de ansiedad en adultos del Estado de México en el contexto de la pandemia por COVID-19", TESIUNAM, 2022
Publicación <1 %

69

Submitted to Universidad Peruana Los Andes

Trabajo del estudiante

<1 %

70

repositorio.espe.edu.ec:8080

Fuente de Internet

<1 %

71

repositorio.uigv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

72

Submitted to Universidad Pontificia de Salamanca

Trabajo del estudiante

<1 %

73

medicinavirtual.uas.edu.mx

Fuente de Internet

<1 %

74

Acevedo Salazar Patricia Laura, Ybarra Centeno Monserrat. "Taller para el manejo de ansiedad originada por la reinserción social en reclusorios del C.P.R.S. Neza Bordo", TESIUNAM, 2010

Publicación

<1 %

75

Submitted to Infile

Trabajo del estudiante

<1 %

76

Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

<1 %

77

Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana

Trabajo del estudiante

<1 %

78

Fuente de Internet

<1 %

79

Mendoza Ojeda Faustino. "Propuesta de un taller dirigido a personas adultas para afrontar el trastorno de la ansiedad", TESIUNAM, 2019

Publicación

<1 %

80

repositorio.uea.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

81

cdn.www.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

82

repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080

Fuente de Internet

<1 %

83

Submitted to unsaac

Trabajo del estudiante

<1 %

84

Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru

Trabajo del estudiante

<1 %

85

municarmendelalegua.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

86

Submitted to Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Trabajo del estudiante

<1 %

87

Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia

Trabajo del estudiante

<1 %

88 Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador <1 %
Trabajo del estudiante

89 Submitted to Universidad Politecnica Salesiana del Ecuador <1 %
Trabajo del estudiante

90 repositorio.autonomadeica.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

91 repositorio.unp.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

92 repositorio.uss.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

93 repositorio.xoc.uam.mx <1 %
Fuente de Internet

94 repositorioacademico.upc.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

95 Durón Figueroa Raúl. "Evaluación y tratamiento del trastorno por estrés agudo", TESIUNAM, 2020 <1 %
Publicación

96 informe.asf.gob.mx <1 %
Fuente de Internet

97 lamenteemeravigliosa.it <1 %
Fuente de Internet

98	Carmona Muñoz Víctor. "Trastorno de ansiedad generalizada: frecuencia y factores sociodemográficos asociados en médicos residentes de medicina familiar de la U.M.F. no 33", TESIUNAM, 2012 Publicación	<1 %
99	informatica.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
100	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
101	salme.jalisco.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
102	repositorio.cuc.edu.co Fuente de Internet	<1 %
103	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
104	webquery.ujmd.edu.sv Fuente de Internet	<1 %
105	Corona Soberanis Ana Fabiola, Martínez Carrillo Jessica Fernanda. "Conductas de riesgo y ansiedad en adultos", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
106	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

107	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
108	link.springer.com Fuente de Internet	<1 %
109	Submitted to CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA Trabajo del estudiante	<1 %
110	R. Reyes Marrero, E. de Portugal Fernández del Rivero. "Trastornos de ansiedad", Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2019 Publicación	<1 %
111	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1 %
112	repositorio.uceva.edu.co Fuente de Internet	<1 %
113	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
114	repositorio.ulvr.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
115	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
116	www.alfepsi.org Fuente de Internet	<1 %

www.scipedia.com

117	Fuente de Internet	<1 %
118	De la Cruz Velázquez Valeria Mercedes. "Ansiedad y depresión asociadas a las conductas de riesgo en medios virtuales", TESIUNAM, 2023 Publicación	<1 %
119	González Avilés Lilian Margarita. "Intervención psicológica para pacientes recuperados de COVID-19 con lesión renal aguda y sus cuidadores", TESIUNAM, 2022 Publicación	<1 %
120	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1 %
121	Velázquez Castro Juan Carlos. "Metabolismo de albendazol y polimorfismo molecular del citocromo p450 3a4", TESIUNAM, 2015 Publicación	<1 %
122	redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
123	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
124	repositorio.ute.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
125	www.daypo.com Fuente de Internet	<1 %

126	www.droblo.es Fuente de Internet	<1 %
127	www.france24.com Fuente de Internet	<1 %
128	www.int-jecse.net Fuente de Internet	<1 %
129	www.itson.mx Fuente de Internet	<1 %
130	www.journaltoocs.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
131	www.thefreelibrary.com Fuente de Internet	<1 %
132	Castrejon Coronado Ana Maria. "Conocimientos, percepciones y actitudes acerca del agua, en niños de Mexico, de nivel primaria", TESIUNAM, 2006 Publicación	<1 %
133	Escamilla Gutiérrez María Luisa. "Eficacia de autoverbalizaciones para disminuir ansiedad ante aspirado/biopsia de médula ósea : un estudio piloto", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
134	Osorio Marcelino Ada Karina. "Técnicas cognitivo-conductuales para disminuir el nivel de ansiedad e incrementar autoestima en trastorno de fobia social", TESIUNAM, 2022	<1 %

135	Submitted to Universidad Catolica de Santo Domingo Trabajo del estudiante	<1 %
136	Vargas Ruiz Andrea de Jesús. "Prevalencia y nivel de ansiedad en pacientes con urgencia sentida", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
137	bolsa-trabajo.upads.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
138	ciencialatina.org Fuente de Internet	<1 %
139	cn365.com.ar Fuente de Internet	<1 %
140	repositorio.pedagogica.edu.co Fuente de Internet	<1 %
141	repositorio.unamad.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
142	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
143	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	<1 %
144	www.dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

145

Fuente de Internet

<1 %

146

Alcántara Camacho Andrés Edmundo.
"Angustia en la construcción de la identidad
de adolescentes", TESIUNAM, 2022

Publicación

<1 %

147

Anizar Licea Denise. "Síndrome de desgaste
ocupacional en docentes de enfermería en
tiempos de COVID-19", TESIUNAM, 2022

Publicación

<1 %

148

Berta Escudero, Marta Moya, Leticia López-
Valencia, Francisco Arias, Laura Orio. "Reelin
plasma levels predict cognitive decline in
Alcohol Use Disorder: peak levels in patients
expressing plasma APOE4 protein", Cold
Spring Harbor Laboratory, 2023

Publicación

<1 %

149

Báez Zecua Ana Laura. "Efectos del apoyo
familiar en la adherencia al tratamiento en
personas con diabetes tipo II", TESIUNAM,
2022

Publicación

<1 %

150

Submitted to Instituto de Educación Superior
Tecnologico Privado de la Construcción
CAPECO S.A.C.

Trabajo del estudiante

<1 %

151	Mejía Gracia Lucero Alondra. "Mejora del clima laboral y compromiso organizacional en el área de servicio al cliente de una empresa de giro industrial", TESIUNAM, 2022 Publicación	<1 %
152	Vasconcelos Yañez José Alfonso. "Taller psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual sobre ansiedad e higiene del sueño en adultos", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
153	Villanueva de los Santos Héctor. "Procrastinación académica y ansiedad en estudiantes del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia SUAyED", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
154	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
155	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
156	repositorio.udaff.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
157	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
158	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

159	repositorio.unamba.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
160	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	<1 %
161	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
162	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
163	repositorio.uti.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
164	repository.ugc.edu.co Fuente de Internet	<1 %
165	silo.tips Fuente de Internet	<1 %
166	www.cneip.org Fuente de Internet	<1 %
167	Hernández Alcantar Gerardo Emiliano. "Ansiedad social : una revisión teórica en tiempos de COVID-19", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
168	Pérez Bautista Maribel. "Nivel de estrés ante la contingencia por COVID-19 en el personal de salud en CCE San Martín de las Pirámides, Teotihuacán, ISSEMYM", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %

169 Ramos Bahena Adriana. "Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada y su impacto en estudiantes del Centro de Actualización del Magisterio", TESIUNAM, 2022
Publicación <1 %

170 de.slideshare.net
Fuente de Internet <1 %

171 Arellano Palomino Lilia Angélica. "La protección del enfermo mental en el Derecho internacional de los Derechos Humanos", TESIUNAM, 2007
Publicación <1 %

172 Barriguete Rodríguez Roberto Adrián. "Intervención cognitivo-conductual para el establecimiento de hábitos saludables en niños con sobrepeso y obesidad", TESIUNAM, 2019
Publicación <1 %

173 Chávez Rodríguez Vanessa, Falcón Velazco Fabiola. "Evaluación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su relación con la ansiedad en personal de enfermería de atención COVID-19 de una organización pública de salud de alta especialidad en la Ciudad de México en el último trimestre del año 2020", TESIUNAM, 2022
Publicación <1 %

174	García Herrera Stephanie. "Manejo del estrés y ansiedad : adaptación escuela en casa en niños de 9 a 11 años", TESIUNAM, 2022 Publicación	<1 %
175	Garista Escalona Iris Rubí, Gordiano López Margarita Lizbeth, Hernández Elosa Ana Rosa. "Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería, en un hospital general de la Ciudad de Puebla", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
176	Guzmán López Stephany Nicolle. "Afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
177	Navarrete Suárez Monserrat. "Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF no. 33 "El Rosario", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
178	Ortiz Hernández Erick. "El arte marcial como medio para prevenir o decrementar la ansiedad en adolescentes", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
179	es.wikipedia.org Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Apagado

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía Apagado

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado a Dios
y a nuestros padres por su apoyo incondicional y
ser soporte en el transcurso de nuestra vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por ser parte de nuestra inspiración y darnos fuerzas para poder culminar satisfactoriamente este proceso de investigación.

Asimismo, agradecemos a nuestros padres, quienes forman parte de nuestro desarrollo profesional y personal, siendo fuente principal de admiración y motivación para alcanzar nuestras metas.

Finalmente, agradecemos a nuestra asesora, la doctora Rocio Coz Apumayta, quien fue nuestra guía y nos brindó su apoyo para la elaboración de la presente investigación, de igual manera, agradecemos al doctor Luis Centeno Ramírez por su contribución de la parte estadística.

RESUMEN

La salud mental en los trabajadores del sector salud en tiempos de COVID-19 cambio drásticamente a nivel de comportamiento, pensamiento, emoción y fisiológico, causando desequilibrio, por ello, el objetivo de la presente investigación fue describir los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022). La metodología que se utilizó fue un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, propósito extrínseco básico y de corte transaccional. El tipo de muestreo fue no probabilístico, cuya muestra estuvo conformada por 125 profesionales del establecimiento de salud. Se obtuvo como resultados que el 67.2 % no presenta ansiedad; el 23,2 % evidencia un nivel de ansiedad leve; el 8.8 %, ansiedad moderada; y finalmente, 0.8 %, ansiedad grave. Además, en el factor subjetivo presenta el 76,8 %; factor neurofisiológico, el 84,8 %; factor autonómico, el 94,4 %; y en el factor síntomas vasomotores, el 75,2 %; estos resultados se registran en todos los factores en un nivel muy bajo. Por tanto, se llega a la conclusión que, en la presente investigación, existe mayor prevalencia del nivel de no ansiedad y, además los datos demográficos no son determinantes para la presencia de la misma.

Palabras clave: ansiedad, factor subjetivo, factor neurofisiológico, factor autonómico, factor síntomas vasomotores, enfermería y técnicos de enfermería.

ABSTRACT

Mental health in health sector workers in times of COVID-19 drastically changed at the level of behavior, thought, emotion and physiological, causing imbalance, therefore, the objective of this research was to describe the levels of anxiety in nursing staff and nursing technicians from a public hospital in Tarma in times of COVID-19 (2022). The methodology used was a quantitative approach of descriptive scope, basic extrinsic purpose and transactional nature. The type of sampling was non-probabilistic whose sample consisted of 125 professionals from the health establishment. Obtaining as results that 67.2 % do not present anxiety, 23.2 % evidence a level of mild anxiety, 8.8 % evidence moderate anxiety and finally, 0.8 % evidence severe anxiety. In addition, in the subjective factor it presents 76.8 %, neurophysiological factor presents 84.8 %, autonomic factor registers 94.4 % and in the vasomotor symptoms factor, 75.2 %, these results are registered in all the factors at a very low level. Therefore, it is concluded that, in the present investigation, there is a higher prevalence of the level of non-anxiety and, in addition, the demographic data are not decisive for its presence.

Keywords: anxiety, subjective factor, neurophysiological factor, autonomic factor, vasomotor symptom factor, nursing and nursing technicians.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento y Formulación del Problema.....	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivo de la Investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Justificación de la Investigación.....	7
1.4.1. Justificación teórica	7
1.4.2. Justificación práctica	8
1.4.3. Importancia y motivaciones	8
1.5. Variables.....	9
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	11

2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas.....	14
2.2.1. Ansiedad	14
2.2.2. Criterios de diagnóstico de la ansiedad.....	16
2.2.3. Etiología.....	22
2.2.4. Factores de riesgo	23
2.2.5. Síntomas.....	24
2.2.6. Dimensiones de ansiedad.....	24
2.2.7. Niveles	25
2.2.8. Modelos teóricos de ansiedad.....	26
2.2.9. Adultez.....	33
2.2.10. La salud mental en tiempos de COVID-19.....	37
2.3. Definición de Términos Básicos.....	38
CAPÍTULO III.....	41
DISEÑO METODOLÓGICO.....	41
3.1. Diseño de Investigación.....	41
3.2. Población y Muestra	42
3.2.1. Población.....	42
3.2.2. Muestra	42
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	43
3.3.1. Criterios de inclusión	43
3.3.2. Criterios de exclusión	43
3.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	43
3.5. Instrumentos de Recolección de Datos.....	44
3.6. Procedimiento/Técnicas de Análisis de Datos.....	44
3.7. Aspectos Éticos.....	45
CAPÍTULO IV	46

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
4.1. Descripción del Trabajo de Campo.....	46
4.2. Presentación de Resultados.....	46
4.2.1. Aspectos descriptivos de la muestra en estudio.....	46
4.2.2. Aspectos descriptivos del género.....	46
4.2.3. Aspectos descriptivos de la edad	47
4.2.4. Aspectos descriptivos del rango etario	50
4.2.5. Aspectos descriptivos del servicio	51
4.2.6. Aspectos descriptivos de la carrera profesional.....	55
4.3. Resultados Descriptivos de los Niveles de Ansiedad	56
4.3.1. Niveles de ansiedad-personal de enfermería y técnicos de enfermería	56
4.3.2. Niveles de ansiedad-género	58
4.3.3. Niveles de ansiedad-rango etario	59
4.3.4. Niveles de ansiedad-servicio de atención	61
4.3.5. Niveles de ansiedad-tipo de servicio.....	64
4.3.6. Niveles de ansiedad-carrera profesional	66
4.3.7. Niveles de ansiedad del factor subjetivo	67
4.3.8. Niveles de ansiedad del factor neurofisiológico.....	68
4.3.9. Niveles de ansiedad del factor autonómico.....	70
4.3.10. Niveles de ansiedad del factor síntomas vasomotores	71
4.4. Descriptivos de los Niveles de la Ansiedad por Factor.....	72
4.4.1. Niveles del factor subjetivo	72
4.4.2. Niveles del factor neurofisiológico	79
4.4.3. Niveles del factor autonómico.....	86
4.4.4. Niveles del factor autonómico.....	92
4.5. Discusión de Resultados.....	99
CONCLUSIONES	105

RECOMENDACIONES.....107

REFERENCIAS.....108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de la variable ansiedad</i>	9
Tabla 2. <i>Clasificación según el CIE-10</i>	17
Tabla 3. <i>Criterios diagnósticos de ansiedad según el CIE-10</i>	18
Tabla 4. <i>Clasificación según el DSV-5</i>	20
Tabla 5. <i>Criterios diagnósticos de ansiedad según el DSV-5</i>	21
Tabla 6. <i>Género</i>	47
Tabla 7. <i>Edad</i>	49
Tabla 8. <i>Rango etario</i>	51
Tabla 9. <i>Servicio</i>	53
Tabla 10. <i>Tipo de servicio</i>	55
Tabla 11. <i>Carrera profesional</i>	56
Tabla 12. <i>Niveles de Ansiedad</i>	57
Tabla 13. <i>Tabla cruzada: género y niveles de ansiedad</i>	58
Tabla 14. <i>Tabla cruzada: rango etario y niveles de ansiedad</i>	60
Tabla 15. <i>Tabla cruzada: servicio y niveles de ansiedad</i>	63
Tabla 16. <i>Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles de ansiedad</i>	65
Tabla 17. <i>Tabla cruzada: carrera profesional y niveles de ansiedad</i>	66
Tabla 18. <i>Niveles del factor subjetivo</i>	68
Tabla 19. <i>Niveles del factor neurofisiológico</i>	69
Tabla 20. <i>Niveles del factor autonómico</i>	70
Tabla 21. <i>Niveles del factor síntomas vasomotoras</i>	71
Tabla 22. <i>Tabla cruzada: género y niveles del factor subjetivo</i>	73
Tabla 23. <i>Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor subjetivo</i>	75
Tabla 24. <i>Frecuencias del tipo de servicio y niveles del factor subjetivo de los participantes</i>	76
Tabla 25. <i>Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor subjetivo</i>	78
Tabla 26. <i>Tabla cruzada: género y niveles del factor neurofisiológico</i>	80
Tabla 27. <i>Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor neurofisiológico</i>	81

Tabla 28. <i>Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles del factor neurofisiológico</i>	83
Tabla 29. <i>Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor neurofisiológico</i> ..	85
Tabla 30. <i>Tabla cruzada: género y niveles del factor autonómico</i>	86
Tabla 31. <i>Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor autonómico</i>	88
Tabla 32. <i>Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles del factor autonómico</i>	90
Tabla 33. <i>Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor autonómico</i>	91
Tabla 34. <i>Tabla cruzada: género y niveles del factor síntomas vasomotoras</i>	93
Tabla 35. <i>Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor síntomas vasomotoras</i>	95
Tabla 36. <i>Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles del factor síntomas vasomotoras</i>	96
Tabla 37. <i>Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor síntomas vasomotoras</i>	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Género</i>	47
Figura 2. <i>Edad</i>	50
Figura 3. <i>Rango etario</i>	51
Figura 4. <i>Frecuencias porcentuales del servicio de los participantes</i>	54
Figura 5. <i>Frecuencias porcentuales del tipo de servicio de los participantes</i>	55
Figura 6. <i>Frecuencia porcentual la carrera profesional de los participantes</i>	56
Figura 7. <i>Frecuencia porcentual de los niveles de ansiedad de los participantes</i>	57
Figura 8. <i>Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el género</i>	59
Figura 9. <i>Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el rango etario</i>	61
Figura 10. <i>Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el servicio</i>	64
Figura 11. <i>Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el tipo de servicio</i>	65
Figura 12. <i>Frecuencia porcentual los niveles de ansiedad y la carrera profesional</i> ..	67
Figura 13. <i>Frecuencias porcentuales los niveles del factor subjetivo</i>	68
Figura 14. <i>Frecuencia porcentual los niveles del factor neurofisiológico</i>	69
Figura 15. <i>Frecuencias porcentuales los niveles del factor autonómico</i>	70
Figura 16. <i>Frecuencia porcentual de los niveles del factor síntomas vasomotores</i>	72
Figura 17. <i>Frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo y el género</i>	73
Figura 18. <i>Frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo y el rango etario</i>	75
Figura 19. <i>Porcentajes de los niveles del factor subjetivo por tipo de servicio</i>	77
Figura 20. <i>Porcentajes de los niveles del factor subjetivo por carrera profesional</i>	78
Figura 21. <i>Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por género</i>	80
Figura 22. <i>Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por rango etario</i> ...	82
Figura 23. <i>Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por tipo de servicio</i>	83
Figura 24. <i>Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por carrera profesional</i>	85
Figura 25. <i>Porcentajes de los niveles del factor autonómico por género</i>	87
Figura 26. <i>Porcentajes de los niveles del factor autonómico por rango etario</i>	88
Figura 27. <i>Porcentajes de los niveles del factor autonómico por tipo de servicio</i>	90

Figura 28. <i>Porcentajes de los niveles del factor autonómico por carrera profesional</i>	92
Figura 29. <i>Porcentajes de los niveles del factor autonómico por carrera profesional</i>	93
Figura 30. <i>Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por rango etario</i>	95
Figura 31. <i>Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por tipo de servicio</i>	97
Figura 32. <i>Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por carrera profesional</i>	98

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudia el tema de ansiedad por lo que se puede definir según Aron Beck, como una reacción adaptativa la cual se genera por la percepción errónea de un hecho de la realidad, es así que, si se mantiene a través del tiempo podría manifestarse en condiciones normales, ya que implica la anticipación hacia el futuro de una amenaza o peligro (como se citó en Beck, 2000), la respuesta de los sentimientos depende de la manera de interpretar una situación. Es decir, la ansiedad se produce por el funcionamiento desadaptativo del sujeto, por la interpretación sesgada de la realidad, produciendo un desequilibrio cognitivo.

Las características principales de la ansiedad son subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas vasomotores

Por ello, para llegar a estudiar esta problemática, la causa fundamental es el interés que se tiene de conocer los niveles de ansiedad que existe en el personal de enfermería y en los técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma; por consiguiente, en la actualidad, al verse afectado nuestro sistema de salud por el COVID-19, los trabajadores se han visto afectados por las exigencias que conlleva la enfermedad y el estado de emergencia en cuanto a las exigencias salubristas.

Por otra parte, existe el interés profesional, como futuras psicólogas, de las problemáticas en el contexto clínico, por lo que, nos instan a seguir buscando un cambio de condiciones en el ámbito clínico.

El marco teórico de esta investigación se llegó a realizar mediante la revisión de antecedentes y bases teóricas. La investigación tiene como objetivo identificar la

existencia de los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).

En el primer capítulo se explica la problemática de la cual se desarrolla el presente estudio, así como los objetivos, la justificación y la operacionalización de la variable. En el segundo capítulo se muestran los antecedentes referidos a la ansiedad, conceptualización, teorías y la definición de términos básicos.

En el tercer capítulo se detalla el diseño metodológico, así mismo la población y la delimitación de la muestra, el instrumento para la recolección de datos, las técnicas de análisis de datos y los aspectos éticos. En el cuarto capítulo se exponen los resultados mediante tablas y figuras, de igual manera, se presentan la interpretación y discusión comparadas con investigaciones previas y el marco teórico. Finalmente, se evidencian las conclusiones relacionadas con los resultados, así mismo las recomendaciones para abordar esta problemática.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento y Formulación del Problema

Uno de los problemas que afectó a nivel mundial fue la pandemia, ya que la Organización Mundial de la Salud menciona que el comienzo de la enfermedad se produjo el 11 de marzo del 2020, por lo que fue declarada una pandemia ocasionada por la COVID-19, en vista de la cantidad elevada de casos, por lo que anunciaron emergencia de salud global (OMS, 2020). Además, el Ministerio de Salud dispuso el aislamiento social obligatorio a nivel nacional, debido a la afección en la salud por la enfermedad, el cual ocasionó preocupación por la salud de la población (MINSA, 2021).

Huarcaya-Victoria (2020) menciona, en su artículo, que, hasta el 25 de marzo del 2020, la OMS reportó 414 179 casos confirmados a nivel mundial y 580 casos en el Perú, por lo que la población general y el personal de salud experimentaron problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés.

A partir de la pandemia se originó diversos problemas, tanto físicos como económicos, sociales, emocionales, etc., como menciona la Organización Mundial de la Salud (2022), en el 2019, uno de cada ocho individuos en el mundo sufría un trastorno mental, lo más frecuente son los trastornos de ansiedad y depresión; y, en el 2020, los casos aumentaron notablemente a causa de la pandemia por la COVID-19, los índices mostraron un aumento del 26 % y el 28 % en los trastornos mencionados, respectivamente.

En esta época se hicieron más evidentes temas de salud mental, dado que la COVID-19 repercutió negativamente en esta, sobre todo en poblaciones más

vulnerables y expuestas, como es el caso de personal de salud. Esto fue descrito por Hernández (2020), quien mencionó que la incertidumbre asociada a esta enfermedad desconocida, sumado al distanciamiento social, aislamiento y cuarentena, agravó la salud mental de la población de salud.

Estudios como el de Lozano (2020), mencionan que la lucha contra esta pandemia ha provocado que el personal de salud experimente problemas relacionados a su salud mental, por lo que experimentaron estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. Este autor también describe que estudios en el país de origen de este virus, mostraron que la tasa de ansiedad se presentó en el 23,4 % del personal de salud, siendo mayor porcentaje en mujeres y mayor en enfermeras en comparación con médicos.

Según Lozano (2020), el cuidar de la salud mental del personal de salud y de la población general es un gran reto. Se evidencian altos índices de ansiedad y estrés en el personal de salud, por lo que sugiere instaurar intervenciones psicológicas con la finalidad de brindar asesoramiento y orientación en el manejo de ansiedad y estrés (p. 52)

Según lo establecido por el Ministerio de Salud (2018) en el “Plan Estratégico Institucional PEI 2019-2023 Ampliado” de dicho ente del Estado, el objetivo estratégico de todo establecimiento de salud tiene como finalidad “prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población (...)” (p. 6). En ese sentido, los establecimientos de salud tienen en su línea a diversidad de profesionales de la salud que, desde sus respectivas áreas y especializaciones, los cuales estuvieron afrontado la crisis sanitaria.

Entre todos ellos, se encuentra el personal más proactivo, dado que pueden desempeñarse en distintas áreas y son la mano derecha de personal de salud de alto rango; se trata del personal de salud que comúnmente se conoce como enfermeros. Respecto a estos profesionales, de acuerdo con lo descrito por Álvarez (2016), han asumido una responsabilidad individual y de equipo, poseen mucho conocimiento que les permiten hacerse cargo del cuidado del ser humano en todas sus etapas, poseen capacidades clínicas y amplia experiencia en el manejo del entorno del sujeto que requiere de atención.

Así mismo, Álvarez (2015) rescata que el personal de salud por la naturaleza de sus funciones, a diario afronta situaciones que pueden provocarle estrés a consecuencia de que “(...) tiene la responsabilidad de tomar decisiones correctas y reaccionar de forma adecuada ante las exigencias del paciente, que en muchos casos no es posible satisfacer, experimentando algunas disfunciones emocionales como impotencia, frustración, angustia, entre otros” (p. 10).

Según el Gobierno del Perú (2023), nuestro país cuenta con 8148 establecimientos de Salud en la actualidad. Acerca de la cantidad de personal de enfermería, la Decana del Colegio de Enfermeros del Perú, La Rosa (2020, citada en Colegio de Enfermeros del Perú, 2020) menciona que existe más de 95 mil profesionales distribuidos en todo el país.

Aunque este número de profesionales en enfermería parezca grande, la realidad es que, para la cantidad de población en Perú, el personal de salud no es suficiente; de hecho, esto se reflejó más aún en tiempos de pandemia por la COVID-19 donde el entonces decano del Colegio de Médicos del Perú, Urquiza (2022, citado en Gestión,

2022), mencionó que no hay personal de salud suficiente para cubrir la demanda de atención y vacunación en Perú.

A este panorama se agrega que, de acuerdo con el coordinador del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud de Perú de la Cooperación Italiana, Ingratoci (2018, citado en TRT Español), existen puestos de salud alrededor del país que no cuentan con personal médico, por lo que sus funciones son suplidas por técnicos o licenciados de enfermería. Todo ello da un ápice a las adversidades que muchas veces enfrenta el personal de salud, lo cual evidentemente repercute en su integridad.

El bienestar mental del personal de salud es un tema primordial para conseguir una atención apropiada hacia los usuarios; con respecto a ello, en la actualidad se ha visto perjudicado, debido a la pandemia ocasionada por la COVID-19, que ocasiona sentimientos de culpa, frustración, miedo, además de problemas relacionados con el agotamiento, sueño y apetito. Así mismo, gran cantidad de personal de salud atraviesa por el exceso de trabajo, están expuestos al peligro y miedo al contagio de la enfermedad, debido a las restricción del mismo sistema sanitario de nuestro país, además de la responsabilidad de las condiciones relacionadas a la vida o muerte, entre otras condiciones que conllevan a problemas psicológicos y condiciones que perjudicarán a la ejecución de sus responsabilidades labores vinculadas a la atención a las personas priorizando la salud.

Por lo tanto, el propósito que se desea alcanzar al realizar esta investigación es identificar la presencia de ansiedad en el personal sanitario. En tal sentido, se ha visto la necesidad de realizar una investigación para identificar la presencia de ansiedad en el personal de salud y como primer paso en este camino surge el problema de la presente investigación: ¿cuáles son los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y

técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según el sexo dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según la edad dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según el servicio dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según carrera dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor subjetivo en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?

- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor neurofisiológico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor autonómico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor de los síntomas vasomotores en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?

1.3. Objetivo de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Describir los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad según el sexo dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad según la edad dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad según el servicio dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).

- Identificar los niveles de ansiedad según carrera dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad del factor subjetivo en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad del factor neurofisiológico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad del factor autonómico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).
- Identificar los niveles de ansiedad del factor de los síntomas vasomotores en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022).

1.4. Justificación de la Investigación

1.4.1. Justificación teórica

La intención de esta investigación es proporcionar datos relevantes acerca de la existencia o no de ansiedad en los trabajadores de un hospital público, por lo que puede llegar a ser un problema mayor o menor al experimentar esta relación, lo cual puede afectar significativamente en algún área de la vida personal, diferentes aspectos del trabajador para su día a día, y llegar posteriormente a contribuir en una medida negativa en el bienestar psicológico y conductual del individuo y, por ende, sobresaliente en el ámbito laboral.

Es seguro que la presente investigación será de gran aporte a nivel teórico para futuros estudios con relación a la variable utilizada, en beneficio del personal de salud a fin de promover los medios necesarios que aseguren la calidad del personal, de entidades públicas o privadas.

1.4.2. Justificación práctica

Este trabajo de investigación se lleva a cabo debido a la necesidad de conocer la existencia de niveles de ansiedad en los trabajadores de un hospital público. Como menciona Ellis (1990), la ansiedad se puede transformar en un problema si el individuo intensifica sus miedos, experimentando ideas irracionales, las cuales perjudicarán su día a día.

Por la misma razón, en esta investigación tiene como finalidad e importancia identificar si se presentan dicha variable para contribuir con el incremento de investigación relevante dado que posteriormente llegará a ser factor influyente en un bajo rendimiento laboral y que el personal de enfermería y técnicos de enfermería llegue a sentirse de manera afectada, influyendo en sus actividades diarias, familiares, sociales, etc.

1.4.3. Importancia y motivaciones

El presente estudio es trascendental, dado que tal como resalta la OMS (2022), contar con salud mental es un derecho y un elemento fundamental que posibilita a la persona a afrontar acontecimientos estresantes en su vida, fortalecer sus habilidades y poder contar con un adecuado desarrollo de manera individual y colectiva.

Además, las motivaciones que impulsaron esta investigación se originan a partir de los índices elevados de niveles de ansiedad registrados anteriormente en el personal de salud a nivel mundial. Por lo que contar con la información requerida es importante para la prevención y promoción de la salud mental.

1.5. Variables

A continuación, se evidencia la tabla de operacionalización de la variable estudiada.

Tabla 1

Operacionalización de la variable ansiedad

Título			
Niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempo de COVID 19-2022			
Variable de estudio			
Ansiedad			
Conceptualización de las variables			
Según Aaron Beck, es una reacción adaptativa la cual se genera por la percepción errónea de un hecho de la realidad, es así que, si se mantiene a través del tiempo podría manifestarse en condiciones normales, ya que implica la anticipación hacia el futuro de una amenaza o peligro. Como afirma Beck (2008), la respuesta de los sentimientos depende de la manera de interpretar una situación. Es decir, la ansiedad se produce por el funcionamiento desadaptativo del sujeto, por la interpretación sesgada de la realidad, produciendo un desequilibrio cognitivo (Beck J., 2000).			
Escala de medición	Dimensión	Indicadores	Ítems
Ansiedad	Subjetivo	- Incapacidad de relajarse	4,5,8,9,10,14,16
		- Miedo a que suceda lo peor	
		- Sensación de inestabilidad e inseguridad física	
		- Terrores	
		- Nerviosismo	
		- Miedo a perder el control	
- Miedo a morirme			

	- Hormigueo	o	
	entumecimiento		
	- Temblor de piernas		1,3,6,12,13,17,18,19
	- Mareo o aturdimiento		
	- Temblores de manos		
Neurofisiológico	- Temblor generalizado	o	
	estremecimiento		
	- Sobresaltos		
	- Molestias digestivas	o	
	abdominales		
	- Palidez		
<hr/>			
	- Palpitaciones	o	
Autonómico	taquicardia		7,11,15
	- Sensación de ahogo		
	- Dificultad para respirar		
<hr/>			
Síntomas	- Sensación de calor		
Vasomotoras	- Rubor facial		2,20,21
	- Sudoración		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Anticona y Maldonado (2017) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue identificar los niveles ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo-2017. La muestra incluía 241 profesionales de la salud del hospital Daniel Alcides Carrión, elegidos por el tipo de muestreo no probabilístico. Además, el test que utilizaron fue el BAI y el BDI. Entre los resultados, se obtuvo que un 69 % en la variable depresión a comparación con la variable de ansiedad con un 75 % dentro de los trabajadores de salud. Se concluyó, que existió mayor ansiedad con respecto a la variable depresión y teniendo en cuenta, la mayor frecuencia en el sexo femenino.

Por su parte, Cardenas y Colqui (2022) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue establecer la asociación entre el trabajo en áreas COVID-19 y no COVID-19 con ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital regional docente materno infantil El Carmen de Huancayo en el 2022. Su metodología fue de estudio correlacional y transversal. Tuvo como muestra a 230 trabajadores del hospital regional, los instrumentos aplicados fueron el test PHQ-9 y GAD-7; además de variables demográficas. Entre los resultados, el mayor porcentaje fue de sexo femenino, cumpliendo los parámetros de 30 y 50 años, prevaleciendo en obstetras y personal del área de hospitalización COVID-19. Se concluyó, que existió factores de riesgo en el personal sanitario propensos a experimentar sintomatología ansioso depresivo del área COVID-19.

A su vez, Paredes (2022) ejecutó una investigación cuyo objetivo fue describir los niveles de ansiedad y depresión del personal de enfermería del área COVID-19 del

hospital de apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. Empleó un enfoque descriptivo. La muestra estuvo conformada por 61 profesionales de enfermería. Entre sus resultados, el 27.9 % describió a una ansiedad nula; el 42.6 % de la muestra, ansiedad leve o moderada; por otro lado, el 24.6 %, ansiedad en un nivel de moderado a grave; el 4.9 %, un grado máximo de ansiedad; y el 75.4 % del personal no evidenció depresión, mientras que el 14.8 % a un nivel leve. Se concluyó que no se evidenciaron indicadores depresivos en el personal de enfermería, por el contrario, mostró altos niveles de ansiedad en los mismos.

Mientras que Arce (2020) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a ansiedad en personal de salud profesional de áreas COVID, tuvo como muestra 108 profesionales, su metodología empleada fue tipo descriptivo. Entre sus resultados, manifestó que el grupo etario, género, estado civil, la sobrecarga horaria, el grupo ocupacional, el malestar laboral no representó un causante a la presencia de síntomas ansiosos. Se concluyó que los factores principales para la presencia de sintomatología ansiosa en el personal sanitario fueron la falta de proporción de EPP, el no ser personal nombrado, el miedo a morir y al aislamiento social.

A su turno, Ticllacuri y Rojas (2022) efectuaron un estudio que tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad en personal asistencial del área emergencia y unidad de cuidados intensivos COVID-19 del hospital departamental Huancavelica-2022; la muestra estuvo conformada por 65 profesionales, se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton. En cuanto al resultado se evidenció que el 33.8 % muestra ansiedad leve y el 66.2 % presentó ansiedad severa. Se concluyó, que el nivel de ansiedad severa fue de mayor prevalencia en dicha población.

Por su parte, Morán y Rosas (2021) llevaron a cabo una investigación que tuvo como objetivo relacionar los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud frente a la atención de pacientes COVID de dos hospitales de la región Arequipa, tuvo como muestra 181 participantes. Entre los resultados, el 51.93 % no evidenció depresión, el 46.96 % no presentó ansiedad y el 59.67 % no manifiesta estrés. Se concluyó que los constructos estudiados de depresión, ansiedad y estrés evidenció una correlación relevante.

Asimismo, Solís y Tripul (2022) efectuaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la frecuencia de trastorno de ansiedad en personal de salud que atiende en primera línea a pacientes con la enfermedad del COVID-19 y su relación con las características socio-demográficas y laborales del personal de salud. Su diseño fue transversal, su muestra fue de 91 profesionales. Entre los resultados, resaltó que más del 50 % de los trabajadores evaluados fueron mujeres urbanas de 25 a 45 años. Asimismo, el 38,5 % se evidenció en sintomatología de ansiedad ligera, el 26,4 % presenta síntomas módicos y, por último, el 9,9 % del total de la muestra evidenció sintomatología grave. Se concluyó, que todo el personal evaluado presentó síntomas de ansiedad ya sea leves, moderados y severos.

Mientras que Aguilar (2021) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de ansiedad del personal de enfermería en tiempos de COVID-2019, Hospital Marco Vinicio Iza. Su diseño fue no experimental de enfoque cuantitativo. Se administró un cuestionario de variables ocupacionales, estimulantes de síntomas ansiosos y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Su muestra estuvo conformada por 67 enfermeras y 14 profesionales de distintas carreras. Entre sus resultados, el 98,8 % de enfermeras manifestó diferentes niveles de ansiedad, la sintomatología más recurrente

fue el insomnio, temores, depresión, indicios somáticos musculares. Se concluyó que los grados de ansiedad en enfermeras varió de acuerdo a los síntomas mencionados.

Además, Forero, Castillo, Díaz y Triana (2020) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue realizar una investigación de los diferentes niveles de ansiedad consecuentes de la actividad laboral en colaboradores asistenciales del sector salud en Colombia. Su diseño fue de naturaleza descriptiva, utilizaron la reconstrucción y clasificación cronológica de artículos científicos y de revisión teórica, bases de datos confiables para identificar y describir los diferentes aspectos. Entre sus resultados, la ansiedad tuvo un gran impacto, y puede presentarse en cualquier sector o ambiente y aumentar la demanda de atención en salud mental. Se concluyó que existió, hasta el momento, pocos estudios científicos relacionados con el grado de ansiedad en el personal sanitario en el sector salud de Colombia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad, según la teoría cognitiva planteada por Aaron Beck, es una reacción adaptativa, la cual se genera por la percepción errónea de un hecho de la realidad; es así que, si se mantiene a través del tiempo podría manifestarse en condiciones normales, ya que implica la anticipación hacia el futuro de una amenaza o peligro (como se citó en Beck, 2000), la respuesta de los sentimientos depende de la manera de interpretar una situación. Es decir, la ansiedad se produce por el funcionamiento desadaptativo del sujeto, por la interpretación sesgada de la realidad, produciendo un desequilibrio cognitivo.

Así mismo, la presencia de creencias irracionales durante la ansiedad, como lo mencionan Clark y Beck: “La activación de las creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un

miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación” (2012, p. 25). Así que, las creencias tienen poder en nuestras reacciones, ante situaciones amenazantes o no.

Para Sandín y Chorot (1986), la ansiedad se trata de un estado emocional, principalmente de origen cognitivo y con orientación al futuro, además que al igual que otras emociones, la ansiedad presenta tres componentes de respuesta (como se citó en Belloch et al., 2009, p. 46):

Subjetivo-cognitivo, que es considerado como el componente central, ya que sin la presencia de este no representaría un valor clínico; este componente tiene relación con la interpretación de manera subjetiva de los estímulos, siendo está vinculado con la experiencia interna del sujeto.

Fisiológico-somático, cuya presencia de la ansiedad suele estar acompañado de cambios fisiológicos, siendo la alteración del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, siendo respuesta internas o externas, como la sudoración, temblor, tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, agitación, etc.

Motor-conductual, que se refleja en la conducta del sujeto, con movimientos o posturas; usualmente, la respuesta motora ante la presencia de ansiedad es de escape y evitación.

Además, la ansiedad en el ser humano se evidencia en distintas ocasiones, mostrando intranquilidad excesiva antes situaciones de la vida cotidiana, presentando señales de preocupación, impaciencia, falta de concentración, problemas para conciliar el sueño, tensión muscular, entre otros. Se resalta que los indicios de sintomatología de ansiedad suelen interrumpir con la vida cotidiana de una persona, provocando dificultad para gozar de una vida agradable. Es por ello que, en el DSM-V, señala que la

sintomatología ansiosa se distingue por un miedo excesivo y ansiedad, como distorsiones conductuales. Por ello, podemos decir que ambas respuestas producen una activación significativa como defensa ante una amenaza percibida y, por otro lado, menciona que la ansiedad genera vigilancia frente al futuro sintiendo el individuo un excesivo peligro (DSM-V, 2013, p. 189).

2.2.2. Criterios de diagnóstico de la ansiedad.

Se cuenta con dos manuales, los cuales concedan características diagnósticas de los trastornos mentales a nivel internacional, con la finalidad de facilitar el diagnóstico y los profesionales puedan intercambiar información, adicionalmente, se deben utilizar junto con el juicio clínico y criterios éticos pertinentes.

2.2.2.1. Según la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento

La guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000) menciona ciertos diagnósticos específicos y no específicos acerca de la variable de estudio, por ello, presentamos dos cuadros resumidos, para poder comprenderlo con claridad.

A continuación:

Tabla 2*Clasificación según el CIE-10*

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F40 Trastornos de ansiedad fóbica
F40.0 Agorafobia
F40.1 Fobia sociales
F40.2 Fobias específicas (aisladas)
F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
F41 Otros trastornos de ansiedad
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo
F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad
F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificados
F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

Nota. La tabla muestra la clasificación según CIE-10.

Tabla 3*Criterios diagnósticos de ansiedad según el CIE-10*

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una “ansiedad libre flotante”). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.

A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

Neurosis de ansiedad.

Reacción de ansiedad.

Estado de ansiedad.

Excluye: neurastenia (F48. Notas diagnósticas)

Para los niños pueden aplicarse criterios diferentes (véase F93.80).

En niños y adolescentes el tipo de quejas que se manifiestan ante ansiedad general suelen ser más limitadas que en los adultos, y los síntomas específicos de hiperactividad vegetativa suelen ser menos prominentes. Para esos casos, si se prefiere, pueden utilizarse los criterios alternativos que se recogen en F93.80 (trastorno de ansiedad generalizada en la infancia).

- A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.

-
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
 11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
 12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Nota. La tabla muestra los criterios diagnósticos de ansiedad según el CIE-10.

2.2.2.2. Según la Asociación Americana de Psiquiatría

La *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (2013) menciona ciertos diagnósticos específicos y no específicos acerca de la variable de estudio, por ello, presentaremos dos cuadros resumidos, para poder comprenderlo con claridad. A continuación, se presentan las siguientes tablas:

Tabla 4*Clasificación según el DSM-5*

Trastorno de ansiedad
Trastorno de ansiedad por separación 309.21(F93.0)
Fobia específica
Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)
Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)
Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)
Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)
Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9)

Nota. La tabla muestra la clasificación según DSV-5.

Tabla 5*Criterios diagnósticos de ansiedad según el DSM-5*

Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).</p>

Nota. La tabla muestra los criterios diagnósticos de ansiedad, según el DSV-5.

2.2.3. Etiología

Para poder entender las causas que intervienen en el origen de la ansiedad, Orozco y Vargas mencionan lo siguiente: “(...) Constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje” (2012, p. 499). Así que el origen multifactorial incluye tanto la existencia de agentes de peligro como los agentes de protección para manifestar en los signos y síntomas de la ansiedad.

Factores biológicos. Se refiere que la predisposición hereditaria de los indicios de sintomatología ansiosa, incluye aspectos neuroquímicos y aspectos neurobiológicos, la cual se origina en ciertas zonas del tallo cerebral, que desarrollan y transmiten la angustia; así mismo, podría estar relacionado con problemas médicos y psiquiátricos.

Factores psicosociales. Incluye aspectos interpersonales, como los hábitos negativos de salud; laborales; socioeconómicos, como el ingreso económico, entre otros.

Factores traumáticos. Comprende aquellos eventos considerados traumáticos, siendo estos fuera de lo normal en la vida de una persona, es decir accidentes, desastres graves, actos de violencia, como asaltos, secuestros, violaciones, etc. Los cuales producen daños serios en el aspecto biológico cerebral, generando sintomatología ansiosa.

Factores psicodinámicos. Peligro que amenaza desde dentro manifestada como un impulso fuera de control del individuo, por lo que el “yo” siga actitudes defensivas.

Factores cognitivos y conductuales. Se refiere a presentar un sistema de pensamiento distorsionado y como consecuencia conductas desadaptativas y trastornos emocionales. También ocasionados por estímulos externos, las cuales son aprendidas o imitación de conductas ansiosas de las personas del entorno.

2.2.4. Factores de riesgo

Existe un listado de factores de riesgo, los cuales no son determinantes para el desarrollo de la ansiedad, no obstante, como menciona Scholten (2015), mientras más factores presentes, mayor será el riesgo. En su investigación registra diversos factores de riesgos:

Sexo

El sexo femenino tiene dos veces mayor probabilidad de presentar ansiedad a comparación que los varones, ya que intervienen factores hormonales y factores culturales.

Historia familiar

Se refiere a la dinámica familiar, como el comportamiento de las figuras parentales y el aprendizaje para la resolución de conflictos.

Factor genético

Se registra que en promedio uno de cada cuatro familiar de primer grado que presente ansiedad existe la posibilidad de ser afectado.

Abuso de sustancias

El consumo de cualquier tipo de sustancia incrementa el riesgo de presentar ansiedad.

Condiciones médicas

En sujetos que presenten algún estado médico presenta una elevada probabilidad de desarrollar ansiedad.

Factores socioeconómicos y étnicos

Los sujetos de condiciones económicas bajas e inmigrantes, presentan mayor riesgo, ya que se enfrentan a condiciones amenazantes.

Depresión

Muchas veces el trastorno de ansiedad se presenta junto con el trastorno de depresión, por lo que aumenta la posibilidad de ser afectado.

Factores culturales

Durante años, los índices fueron en aumento, la autora menciona que se relaciona con la amenaza del entorno y la falta de conexiones sociales.

Eventos estresantes

Como el duelo ante la pérdida de un ser querido o de un empleo, o ser víctima de un acontecimiento amenazante.

2.2.5. Síntomas

Se considera un factor emocional en el cual se percibe una serie de sintomatología ansiosa, en el marco afectivo-cognitivo ante distintas situaciones, es decir, sentimiento de preocupación excesiva, tensión, nerviosismo, inquietud, pánico, entre otros; y la sintomatología física, como la sudoración, taquicardia, dificultad para respirar, sensación de ahogo, temblores, etc.

2.2.6. Dimensiones de ansiedad

Es así que, el uso de instrumentos es fundamental para la detección de síntomas ansiosos, por lo cual Vásquez, Castillo, García, Ponce, Álvarez y Aguilar, quienes realizan el estudio factorial del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) mencionando lo siguiente: “(...) es uno de los test psicológicos más utilizados, con la finalidad de identificar los síntomas ansiosos en la población general (clínica y no clínica), presentando un alfa de Cronbach mayor a 0.90.” (2015, p. 52).

Como afirman los autores, el Inventario de Ansiedad de Beck evidencia ser un test que presenta validez y confiabilidad, por lo que es el instrumento que utilizaremos en nuestra investigación.

Por otro lado, Beck y Steer (1991) realizan la validación del instrumento, cuya principal aportación fue el análisis factorial que tuvo como resultado cuatro factores. El primer factor de síntomas subjetivos incluye la incapacidad de relajarse, miedo a que surgiera algo malo, nerviosismo, intranquilidad, temor a perder el control. El segundo factor neurofisiológico, comprende los mareos, temblores, debilitamiento, entumecimiento y desmayos. En cuanto al tercer factor autonómico, abarca la sensación de calor, problemas digestivos, sudoración y enrojecimiento. Y el cuarto factor de ataques de pánico, incluye la dificultad para respirar, aceleración de las palpitations y sensación de asfixia.

2.2.7. Niveles

Para Peplau (como se citó en Gonzales, 2007), los niveles de ansiedad son los siguientes:

Leve

El sujeto se encuentra en vigilia y su percepción, estado de alerta son elevadas. Manifiesta algunos cambios en su conducta, en mínima intensidad, los cuales no son problema, ya que son sobrellevados fácilmente.

Moderado

La percepción del sujeto se distorsiona, el estado de vigilia aún se encuentra activo, resuelve sus problemas con normalidad, fácilmente se desconecta con su alrededor. Presenta inquietud, nervios, inseguridad.

Severo

El campo perceptivo se reduce hasta solo distinguir la causa de la ansiedad, ya sea objeto, situación, etc. Además, probablemente presenta disociación de personalidad con el objetivo de escapar de la realidad, imposibilitando al sujeto desenvolverse con normalidad.

Por otra parte, Martínez y Cerna (como se citó en Cardenas y Colqui, 2022) registran los siguientes niveles de ansiedad:

Leve

El individuo está atento a su entorno, pero puede controlar la situación, por ello, la percepción y observación están en funcionamiento ante una amenaza o peligro (Cardenas y Colqui, 2022, p. 34).

Moderado

La persona experimenta limitaciones a nivel de su percepción (Cardenas y Colqui, 2022, p. 35).

Grave

La percepción del individuo disminuye, por lo que, no es consciente ante su realidad y presenta alteración en su atención y concentración (Cardenas y Colqui, 2022, p. 35).

2.2.8. Modelos teóricos de ansiedad

En esta investigación, se hace mayor incidencia en los dos primeros modelos cognitivo y cognitivo-conductual:

Modelo cognitivo

Beck (1976) menciona que los problemas que la ansiedad se generan por las suposiciones ocultas de la persona y la conclusión que se le da a esta. Por ello, crea respuestas continuas que conlleva a reacciones fisiológicas normales a reacciones excesivas ante un peligro percibido. También, nos menciona que las distorsiones cognitivas o también conocidos como sesgos negativos, obtienen el procesamiento de los estímulos internos o externos, persistiendo los pensamientos automáticos. Existen variaciones en las creencias nucleares y en las intermedias dependiendo del tipo de ansiedad y de la naturaleza del peligro o amenaza. Por ende, los esquemas negativos están relacionados con las creencias desadaptativas de incompetencia en la realización de actividades que llevarán a creerse inadecuado y totalmente inaceptable para los otros y a creer que van a ser rechazados (Ruiz et al., 2012).

Además, Beck y Emery (1985) hicieron énfasis en un concepto de esquemas cognitivos donde cumplen un rol fundamental. Por ello, se emplea esto para etiquetar, clasificar, interpretar, evaluar, y asignar significados a objetos y acontecimientos. De la misma manera, llegan a direccionar a las personas a diferentes situaciones. Según estos momentos de su vida, llegan a sentirse vulnerable, por ende, ellos lo definen que “la percepción que tiene una persona sobre sí misma viéndose sujeta a peligros internos y externos sobre los que carece el control o esté es suficiente para permitirle una sensación de seguridad” (p. 67). Asimismo, la persona ansiosa colectiva siente cierto grado de miedo y temor que van con una predisposición de incomodidad y nerviosismo en diversas situaciones, También, otros síntomas de la ansiedad es la inhibición automática del habla, el pensamiento y los recuerdos como consecuencias negativas y respuestas “primarias”. En ese sentido, podemos decir que todo individuo con síntomas

ya mencionado, percibe un grado de malestar subjetivo en situaciones de una percepción amenaza (como se citó en de Caballo, 2007).

Barlow y otros colaboradores (p. ej., Clark et al., 1988) proponen que el crecimiento ansioso de la vulnerabilidad psicológica con mayor frecuencia el pánico. Asimismo, se define como un grupo de creencias con situaciones de amenaza o peligro en relación a los síntomas del pánico (p. ej., “estoy perdiendo el control”) y los ataques de pánico en relación con la misma persona o con el mundo que los rodea (p. ej., “los acontecimientos están sucediendo de forma incontrolable, soy demasiado débil para controlar mis emociones”), también, esto aparece por las situaciones vitales de cada individuo e incluyendo situaciones vitales estresantes (como se citó en de Caballo, 2007).

Así mismo, Clark y Beck (1997) denominan a los esquemas como estructuras que procesan la información, las cuales intervienen en la producción y vinculación del significado, aprobando la percepción de uno mismo y del exterior. Dichos esquemas se originan desde el nacimiento, son respuestas que van cambiando a través de la interrelación con el mundo (como se citó en Rodríguez et al, 2011).

Para Beck (1976), la ansiedad está relacionada a un sesgo cognitivo con respecto al modelo de Beck, hay la presencia de un esquema disfuncional, el cual desarrollaría y mantendría la ansiedad; es decir, los sujetos selectivamente procesarían información relevante para la ansiedad, interpretando situaciones de amenaza o peligro (como se citó en Belloch et al., 2009).

Las características principales de los esquemas es su densidad, siendo el grado de relevancia en el sistema de proceso de información y su valencia, relacionado con el grado de activación en el procesamiento. Es decir, ante una situación de amenaza se activarán los esquemas cognitivos, los cuales darán interpretación de amenaza o

peligro, así mismo los esquemas afectivos y fisiológicos, siendo reacciones como el miedo y alteraciones en el sistema nervioso, y por último los esquemas motivacionales, donde está la respuesta de escape.

La reestructuración cognitiva fue dirigida por el modelo de Beck (1988) para la depresión a la ansiedad y al pánico. El modelo cognitivo se trata de corregir evaluaciones erróneas de signos y síntomas corporales de amenaza, llevando técnicas conductuales, pero el principal cambio subyace en el tratamiento cognitivo (como se citó en de Caballo et al., 2007).

Modelo cognitivo-conductual

Según la perspectiva cognitivo conductual de la ansiedad, Clark y Beck (2010) la ansiedad es una respuesta subjetiva, donde se identifican cuatro tipos de respuestas ante una situación amenazante (como se citó en Rodríguez et al, 2011, p. 43):

Respuesta fisiológica: se refiere a la activación del sistema nervioso autónomo, ante una amenaza existe la hiperactivación fisiológica, donde se activa la rama simpática y el cuerpo genera adrenalina y noradrenalina, siendo este el responsable de generar cambios físicos como: el aumento del ritmo cardiaco, alteración en la respiración, temblor, mareo, etc.

Respuesta comportamental: son la conducta de lucha, huida o congelamiento, normalmente los sujetos que presentan ansiedad se alejan rápidamente de los sucesos que le generan malestar y en ocasiones evitan dichas situaciones, generando los mecanismos de evitación.

Respuesta cognitiva: la respuesta automática ante un peligro es la percepción, generándose una serie de evaluaciones del evento temido, lo que determinará el aumento o disminución de la ansiedad.

Síntomas afectivos: todas las respuestas mencionadas van acompañadas de emociones como temor, nervios, tensión, etc.

Beck, Emery y Green-berg (1985) refieren que la TCC relaciona los niveles de ansiedad con la interpretación catastrófica de un evento y la minimización de los recursos de afrontamiento, lo que generaría el incremento de la ansiedad (como se citó en Rodríguez et al, 2011).

Para Beck y Emery (1985) y Clark (1986), los pensamientos invasores para este modelo en la ansiedad es un proceso el cual la persona establece la relevancia en su valor, importancia o implicaciones de estos pensamientos. Si este pensamiento se llega a valorar de forma idónea (p. ej., “este es un pensamiento raro, pero no significa nada”), por ende, la persona le otorga el mismo grado de importancia sobre suceso cognitivo entonces, el individuo no otorgará ningún valor o implicación especial. Sin embargo, el pensamiento se valora de forma incorrecta, el grado de importancia que asignará como un elemento disruptor, y, por ende, se le asignará un significado especial por lo que, consecuencia a nivel de percepción se sentirá amenerado (como se citó en de Caballo, 2007).

Lazarus (1969) denomina “stress” como estímulo que se define como circunstancia externa en el individuo y exige consideraciones asombrosas o poco usuales para tener respuestas, como nos menciona sobre los cuatro principales indicadores: indagaciones de emociones incómodas o emociones perturbadoras como el miedo, ansiedad, ira, etc., también encontramos el comportamiento motor, asimismo, modificaciones inapropiadas de la función cognoscitiva y finalmente, variaciones fisiológicas. Por lo que podemos concluir, el concepto amenaza es el que se atribuye dos propiedades: los caracteres anticipatorios, es decir, las referencias negativas del

futuro, y finalmente, hace que dependa de los procesos cognitivos (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983).

Asimismo, continuando con los otros modelos y con menor incidencia para esta investigación:

Modelo psicodinámico y humanístico

Freud (1936) menciona que la ansiedad establece una situación principal. Por ello, en su ejemplar titulado “El problema de la ansiedad” sostiene lo siguiente:

La ansiedad aparece como un estado emocional o condición caracterizado por una dimensión motora acompañada de una sensación de malestar percibida por el individuo; tal estado se produce por la incapacidad del “yo” para reprimir impulsos que por su naturaleza le resultan inadmisibles (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983, p. 33).

Por ende, como menciona, este autor utilizó el término de *ansiedad* como parte de un estímulo, respuesta buscando una categorización y convertirse en variable medible y estudiada, transformándose en potencia de acción ante un comportamiento de un individuo, que resultó complicado en esta contemporaneidad para el término de *ansiedad*.

Asimismo, las escuelas humanista y existencialista, se aproximan a un punto de vista filosófico de este concepto, descripción detallada y que se agrupan en torno a variables estudiadas y medibles (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983).

Modelo experimental motivacional

Yerkes y Dodson (1908) mencionan sobre el vínculo de excitación de un individuo y compensar la aplicación que esto alcanza para establecer una actitud o comportamiento. También, como enfatiza Hull (1952), en su teoría, considera que este

término estudiado, llega a ser un “drive” de fuerte acción, requiriendo un espacio para el sujeto y producir respuestas por una conducta del individuo (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983).

También, para los autores Dollard y Miller (1950), Spence y Taylor (1953) y Spence (1966), el vínculo entre la variable estudiada es el origen del estudio y la dificultad para realizar la actividad requerida. Y por tal, nos emite una respuesta condicionada sencilla y a la misma vez es profundizada con mucha fluidez en los individuos que consideran que poseen un grado alto de ansiedad, mientras que por el otro extremo el grado de ansiedad resulta siendo bajo, y esto se termina complicando en aprender las actividades. Por ello, podemos decir que las actividades de complejidad se desarrollan con efecto contrario (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983, p. 33).

Modelo psicométrico-factorial

Según los años sesenta, se establece una nueva propuesta de estudio, lo cual intenta decir que la ansiedad, otras variables estudiadas y medibles, terminan siendo parte de la personalidad de un individuo. Se caracteriza por su análisis psicométrico e intenta establecer un modelo teórico, haciendo énfasis en su método de estudio factorial y en las hipótesis de los aspectos de personalidad (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983).

Como menciona Cattell (1972 y 1973), se intenta establecer la variable medible y estudiada “ansiedad” y, posteriormente, el proceso multifactorial. Asimismo, en su ejemplar menciona que “El significado y medida de neuroticismo de ansiedad (Cattell y Scheier, 1961) destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado” (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983, p. 35).

Por ello, el concepto de ansiedad estado, localiza una serie de alternativas correlacionadas para definirse por los teóricos antiguos del término “ansiedad”. Por ello, evidencian que es medible mediante diversos procedimientos de Cattell. Asimismo, a lo largo del tiempo se denominó como “ansiedad rasgo” y posteriormente, visualizarlo como el principio fundamental para ser un componente de personalidad de un individuo (como se citó en de Ansorena Cao et al., 1983, p. 35).

2.2.9. Adulter

Para Butler (1989), el término *adulto* no evidencia un número de años en específico, sino se refiere al proceso que se encuentra en la mitad de la vida y que se compone en el proceso de envejecimiento que continúa fisiológica, psicológica y socialmente desde que se concibe a una persona. En general se considera a la adulter como la cima en el proceso que va desde la niñez hasta la madurez, siendo una época con sus propios problemas y realizaciones particulares o una época de transición y preparación para la vejez. Entonces, para considerar adulta a una persona, tiene que contar con diferentes indicadores como la madurez sexual, cognoscitiva, legal y psicológica.

Desde el punto de vista psicosocial, Zapata et al. (2010) mencionan que la adulter es el estado de la obtención llena de responsabilidades y la transferencia de los modelos normativos de la sociedad, trabajo, obtención económica, participación en la sociedad política y la búsqueda de componentes importantes, que, al dar relación a todas las dimensiones, logran dar sentido a la existencia. De la misma manera, el autor menciona que estos modelos del proceso de la adulter continúan una evolución que depende poco del transcurso del tiempo, y están más condicionadas con las distintas experiencias del sujeto. En consecuencia, se podría decir que dichas dimensiones no

pretenden crear algo nuevo sino se trata de mejorar y consolidar lo que la persona ya tenía, en un delineamiento cada vez más claro de la individualidad.

Por el contrario, algunos psicólogos refieren que el comienzo de la adultez no está marcado por criterios externos, sino por criterios internos como la independencia, autonomía, poder del autocontrol, cubrir sus responsabilidades y un estado mental adecuado. Como mencionan Papalia, Feldman y Martorell (2012), “algunas personas no llegan a ser adultas, sin importar la edad cronológica” (p. 420). Además de dividirlo en tres etapas: adultez temprana, adultez media y adultez tardía.

Adultez temprana o emergente

La pregunta surge sobre cuando una persona se convierte en adulto, para ello es necesario primero hablar de la madurez sexual, que llega en la etapa de la adolescencia, a diferencia la madurez cognoscitiva puede tardar o requerir más tiempo. Entre las múltiples definiciones que se manejan, se estableció como la adultez legal a los 18 años, es en esa edad que la persona puede votar. Además, en la mayoría de los estados pueden contraer nupcias matrimoniales, sin el previo consentimiento de los padres, también pueden celebrar contratos. Ahora si se hace uso de las definiciones sociológicas, un individuo es adulto cuando se sostiene por sí mismo, o cuando se encuentra en compromisos de una relación y la formación de una familia (Arnett, 2007).

Subyace también a la madurez psicológica, que se logra a partir del descubrimiento de la propia identidad, dejar el hogar de los padres para formar en uno nuevo establecimiento en otro lugar. En ese entender, algunos de psicólogos, desarrollan sus posturas sobre la adultez, alegando que no está determinado por factores externos, por lo contrario, lo que determina son los factores eminentemente internos, entre ellos el autocontrol y la autonomía, siendo así lo asocian al estado mental de cada individuo (Beach et al, 2005). En esa misma línea, el conocido Arnett (2006) refiere

que existen legos de la adultez, como es la aceptación de las responsabilidades, la toma de decisiones sin que éstas sean influenciadas por otras y a la vez la obtención de la independencia económica, es decir, generar propios ingresos.

En la actualidad, la adultez se encuentra marcada por diversos caminos y recorridos, desde el estudio, trabajo, dejar la casa de los padres, matrimoniarse y formar una familia. Existen algunos científicos que aseguran que los jóvenes de un país industrializado, entre los 18 o 19 años, 25 y 29, se convirtieron en la adultez emergente. donde los jóvenes dejan la etapa de la adolescencia, pero aún no se asientan en los roles adultos (Papalia, 2009).

Comprende desde los 20 a 40 años, depende del desarrollo tanto interno como externo; como es el desarrollo del yo, siendo la habilidad de entenderse y entender al mundo, poder interpretar lo que percibe, poder manejar el curso de su vida adecuadamente, tener una identidad ya establecida, presencia de buenas habilidades sociales, etc. De manera externa como la importancia de la influencia de la familia, factores sociales y legales.

Adultez media

Para Papalia (2009), quien considera que la adultez media abarca de los 40 a 65 años, sin embargo, esta concepción es arbitraria, ya que no existe un consenso concreto sobre cuándo empieza y cuándo termina ni qué cambios biológicos o sociales especifican sus límites. En la investigación sobre la mitad de la vida en Estados Unidos, se realizó un estudio intenso en una muestra de 7189 adultos estadounidenses con edades dentro de los 2 a 75 años, lo cual permitió estudiar y analizar los factores que inciden en la salud, bienestar y productividad en la adultez media y de cómo las personas adultez hacen la transición a la vejez. Los resultados de la investigación evidenciaron que las personas de adultez media muestra tener buena forma física,

cognoscitiva y emocional, asimismo se sienten bien con la calidad de su vida, sin embargo, la experiencia de estos varían en relación a la salud, género, la raza y la etnia, la posición económica, la cohorte y la cultura, de la misma forma que la personalidad, el estado civil y problemas comunes de la adultez media dilatan los problemas de tiempos precedentes (Papalia et al., 2010).

Entonces, las actividades que realicen las personas y la forma en cómo viven está relacionadas con la forma en la que envejecen, la edad media no es solo una época de caída y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para decidir la mejor forma de aprovechar el resto de la vida.

Adultez tardía

Incluye a personas de 65 años en adelante, continúa el proceso gradual e irremediable de deterioro físico y cognitivo, salen a relucir las consecuencias de los cuidados o descuidos en las etapas anteriores, como la inactividad, abusos de sustancias y enfermedades. Se generan las expectativas de vida, las cuales dependen del género, estilo de vida, etc.

La expectativa de vida de cada persona estaría determinada por factores como el estilo de vida o las comorbilidades. Del mismo modo, se puede distinguir un proceso primario de envejecimiento, el cual describe un deterioro gradual de las condiciones físicas y es inaplazable. Por otro lado, el proceso secundario sería producto de la convivencia con enfermedades y otros factores (Kinsella y Velkoff, 2001).

El bienestar que se puede obtener de esta etapa también está vinculado con aspectos como la clase social, cohesión e integración de la familia, factores genéticos sobre la longevidad y el temperamento. Del mismo modo, también se configuran como factores determinantes estilos de vida como el abuso de alcohol, tabaquismo, estabilidad conyugal y estrategias de afrontamiento (Papalia et al., 2010).

Estos factores condicionan la expectativa de vida de cada individuo, por ejemplo, se profiere que hacia el 2010 un bebé nacido en Estados Unidos podría llegar a vivir hasta los 79 años. En comparación con otras décadas donde esta expectativa disminuye dramáticamente. Además, otros países de Europa lograron duplicar su expectativa de vida de un siglo para el otro. Sin embargo, los gerontólogos establecen que durante los últimos años no se han percibido grandes cambios en los hábitos por lo que no se espera un incremento adicional en la expectativa de vida (Papalia et al., 2010). Del mismo modo, en esta etapa de desarrollo se discrimina una brecha de expectativa de vida entre varones y mujeres, ello sería explicado debido a que las mujeres perciben un mayor apoyo social, una tendencia a cuidar mejor de sí mismas, entre otros.

2.2.10. La salud mental en tiempos de COVID-19

La situación del COVID-19 provocó cambios drásticos en nuestras vidas modificando nuestros comportamientos, percepciones y el entorno. Esto induce a que muchas personas, incluidos el personal de salud en la actualidad, tengan mayor riesgo a tener alguna afectación mental. Como menciona Morelos, Ramírez, Sánchez, Chavarín y Meléndez (2014), el personal de salud en su trabajo diario, evidencia tener mayor predisposición en desarrollar enfermedades y, por la cual, predisponen a presentar factores de riesgo. Asimismo, Nicolini (2020) menciona el miedo de contagiarse, el aislamiento social y la muerte de parientes empeoraron debido a la falta de ingresos o de trabajo. Todo esto puede crear escenarios desastrosos para la salud mental, donde se evidenciaron problemáticas de sueño, distorsiones de hábitos alimenticios y otros síntomas que configuraron a largo plazo la existencia de trastornos mentales.

Del mismo modo, un cuadro sintomatológico habitual gira en torno a los trastornos ansiosos de la salud, la cual surgiría de una inadecuada interpretación de

respuestas corporales y modificaciones percibidas. En esta línea, cuando surge una enfermedad infecciosa surgen procesos de información e incertidumbre, lo cual afecta incrementa la preocupación por la propia salud, lo cual también es llamada hipocondría (Nicolini, 2020). Siguiendo este planteamiento, esto se demuestra con la observación de las dinámicas dentro del centro de salud, donde los pacientes tienen diferentes cuadros sintomatológicos que deterioran su salud mental. En este contexto, las problemáticas más resaltantes son las reacciones adaptativas ansioso-depresivas.

Por otra parte, el aislamiento social ocasionado por enfermedades infecciosas ocasionan un escenario perfecto para síntomas ansiosos, dado que el cuerpo comienza a evidenciar malestar privado del contacto interpersonal, esta combinación ejerce una gran presión sobre la salud mental de las personas. Debido a ello, los profesionales de salud mental se posicionan en el eje primordial del cuidado al paciente para la prevención y tratamiento de los diferentes cuadros sintomatológicos.

2.3. Definición de Términos Básicos

Ansiedad

La ansiedad es una respuesta compleja a nivel conductual, cognitiva, afectiva y fisiológica, la cual inicia al momento en que la persona se predispone ante situaciones consideradas potencialmente como peligro o amenaza.

Así como menciona la OMS: “Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes” (2022, párr. 3). Por lo que, cuidar de la salud mental es de suma importancia, ya que por lo contrario podría producir incapacidad en el individuo para su desarrollo en todos los ámbitos de su vida.

Miedo

El miedo forma parte de nuestras emociones básicas, siendo una respuesta adaptativa, la cual actúa ante una amenaza y reacción defensiva. Beck y Clark (2012), refieren que es necesario diferenciar miedo y ansiedad. Barlow (2002) nos menciona que es una reacción de sobresalto como causa de una situación percibida como amenaza, representado por la activación y predisposición a actuar, en comparación, la ansiedad, es una respuesta dirigida al futuro (como se citó en Beck y Clark, 2012).

Preocupación

Para Krohne (1989 y 1993), la preocupación es cuando el individuo siente que su percepción de la amenaza causa todo esto, incrementando posteriormente categorías de ansiedad (MacLeod y Mathews, 1988). Asimismo, todo individuo, que es inflexible con la incertidumbre, observará más posiciones de amenazas por la forma vigilante al afrontar diversas situaciones. La persona está especialmente vigilante a las situaciones de amenaza (Mathews, 1990), descubrirá con mayor incidencia en peligros subjetivos (Butler y Mathews, 1987), distinguiendo información confusa como de amenaza (Eysenck, MacLeod y Mathews, 1987; Eysenck et al., 1991; Mathews, et al., 1989; como se citó en de Caballo, 2007).

Subjetivo

Gasulla (2007) menciona que las sensaciones subjetivas son aquellas que la persona refiere haber experimentado en su cuerpo, las cuales no pueden ser precisadas por el personal de salud, por ello es difícil de comprobar.

Neurofisiológico

Gómez (2007) refiere que la neurofisiología hace referencia al funcionamiento del cerebro junto a los procesos neuronales, los cuales intervienen en el instante de experimentar angustia los cuales afectan al cuerpo. Además, resalta que Freud deja de

lado la dimensión subjetiva de los síntomas, ya que se generan en el cuerpo, presentando una dimensión somática, dando lugar a las manifestaciones físicas.

Autonómico

Según los autores Carrobles y Buena-Casal (1997) y Vila (1998, 2004), el nivel de estimulación autonómico con respecto a la ansiedad se refiere a la reacción eléctrica generada en la piel y la acción cardiovascular: pulso cardíaco y tensión arterial (como se citó en Díaz-Kuaik y de la Iglesia, 2019).

Síntomas vasomotores

Carvajal-Lohr et al. (2016) sostienen que los síntomas vasomotores se presentan como acaloramiento o bochornos, sofocos y sudoraciones, los cuales “es posible que sean momentáneos, engorroso y en algunos casos hasta discapacitantes” (p. 40).

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de Investigación

La presente investigación se realizó sobre la base del enfoque cuantitativo, se realizó la obtención de información sustentada en una medida matemática y posteriormente el estudio estadístico, con la finalidad de crear patrones comportamentales, comprobar teorías y corroborar la hipótesis planteada (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El propósito intrínseco de la investigación fue de alcance descriptivo, como menciona Hernández et. al. (2014), busca describir situaciones, fenómenos y contextos, para especificar las propiedades, la manera que se manifiesta y características detalladas de un grupo, población u otro suceso que se analice. En otras palabras, solamente tiene como objetivo medir o recolectar datos independiente o conjuntamente de una o más variables analizadas, más no pretende señalar la relación entre estas.

El siguiente esquema muestra la variable estudiada:

$$O \longrightarrow M$$

Donde:

M: Muestra constituida por los profesionales de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma

O: Información el grado de ansiedad

El propósito extrínseco del estudio fue básico, tuvo como objetivo indagar y elaborar nuevos conocimientos. Según Arias (2006), es posible que dichos conocimientos pretendan ampliar teorías con respecto a una ciencia en específico.

Así mismo, este trabajo fue de diseño no experimental, según Hernández et. al (2010), observamos situaciones existentes en su contexto natural y posteriormente podemos analizarlas.

Finalmente, teniendo un diseño de corte transeccional y/o trasversal, por ende, nos ayudó a recolectar información de un determinado periodo, siendo este el único momento de recolección. Y teniendo el objetivo explicar la variable estudiada y analizarla en el momento indicado (Hernández et. al., 2010).

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

En cuanto a la población de la presente investigación, esta estará constituida por el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de la ciudad de Tarma, según la resolución del personal: nombrado y contratado presentado por el director.

3.2.2. Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizará el criterio no probabilístico, ya que el proceso no es mecánico y la selección de integrantes depende de los criterios del examinador (Hernández, et al., 2014).

Se aplicará el tipo de muestreo por conveniencia por lo que es adecuado y oportuno y de mayor facilidad en cuanto a la accesibilidad, esta muestra ha sido tomada sobre base de la facilidad de ingreso al establecimiento de salud.

Para la presente investigación, la muestra estará constituida por 125 profesionales entre personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de la ciudad de Tarma.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

- Personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma
- Personal nombrado y contratado según resolución, 2022
- Personas entre 18 a 70 años
- Personal que aceptó de manera voluntaria el consentimiento informado
- Personal que completó el instrumento

3.3.2. Criterios de exclusión

- Personas que no laboren en la institución
- Personal profesional de otras carreras de salud
- Personal que no aceptó de manera voluntaria el consentimiento informado
- Personal que no completó correctamente el instrumento

3.4. Técnicas de Recolección de Datos

Mediante la evaluación psicométrica se procedió a la recolección de información, ya que esta es una de las herramientas que nos permitió tener un perfil más minucioso de la persona en sí. Se solicitó la autorización de la institución, posterior a ello se les presentó el consentimiento informado, quienes voluntariamente aceptaron, se procedió a la aplicación del instrumento previa coordinación con el jefe de área para aplicar de manera presencial, así mismo, resaltar que se cumplió los protocolos de bioseguridad COVID-19 y los cuidados necesarios.

3.5. Instrumentos de Recolección de Datos

Se identificaron los niveles de ansiedad presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un nosocomio, se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que pretendió evaluar el grado de síntomas ansiosos presentados en las semanas anteriores a la aplicación del instrumento.

Nombre	: Inventario de Ansiedad de Beck
Autores	: Beck, A., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.
Año de elaboración	: 1988
Administración	: Individual y colectiva
Duración	: 5-10 minutos
Número de ítems	: 21 ítems
Área que evalúa	: Ansiedad

En el 2017, se realizó la adaptación del instrumento en el Perú, donde se detectó un Alfa de Cronbach de $\alpha = .85$, y se concluyó que presenta validez y confiabilidad para su administración (Díaz y Solís, 2019).

3.6. Procedimiento/Técnicas de Análisis de Datos

En el presente estudio se aplicó el método estadístico con el objetivo de analizar, asimilar, describir y explicar la variable de estudio a investigar.

Para el análisis estadístico se trabajó con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), utilizando la versión 24.0, en la cual se empleó la estadística descriptiva, donde las variables son el eje central, con el fin de sintetizar la información

y ser útil para la comprensión de los resultados. También, en las variables cualitativas se utilizó frecuencias y tablas cruzadas. Y finalmente, se codificó el diagnóstico de la variable de ansiedad.

3.7. Aspectos Éticos

Se solicitó los permisos respectivos a la institución para la aplicación de instrumento (Anexo 1). Asimismo, se pidió la aprobación del plan de tesis de parte del Comité de Ética, correspondiente a nuestra facultad de Humanidades. Además, se presentó el consentimiento informado a los trabajadores para que puedan aceptar o no su participación en la investigación.

La administración del instrumento psicométrico se llevó a cabo de manera presencial, para lo cual cumpliremos con los protocolos de bioseguridad COVID-19, como el distanciamiento y el uso de los EPPS respectivos. De esta manera, se reservó la información y su uso es exclusivamente para la investigación

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del Trabajo de Campo

Se realizó la investigación en el hospital público de Tarma en tiempo de COVID-19, durante agosto se tramitaron los documentos solicitados: el permiso para la aplicación de instrumentos, la validez del instrumento por juicio de expertos y posteriormente, la aplicación del instrumento del Inventario de Ansiedad de Beck.

Para la recolección de datos, fue primordial la aceptación del consentimiento informado de manera presencial, la cual contenía información relevante de la investigación; por tanto, se logró evaluar a 125 trabajadores del establecimiento de salud pública entre la edad mínima de 23 y la edad máxima de 63 años.

4.2. Presentación de Resultados

4.2.1. Aspectos descriptivos de la muestra en estudio

El análisis descriptivo permite identificar las características de la muestra, tomando como referencia los datos de filiación, tales como la edad, género, servicio, tipo de servicio y carrera profesional del personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de la ciudad de Tarma.

4.2.2. Aspectos descriptivos del género

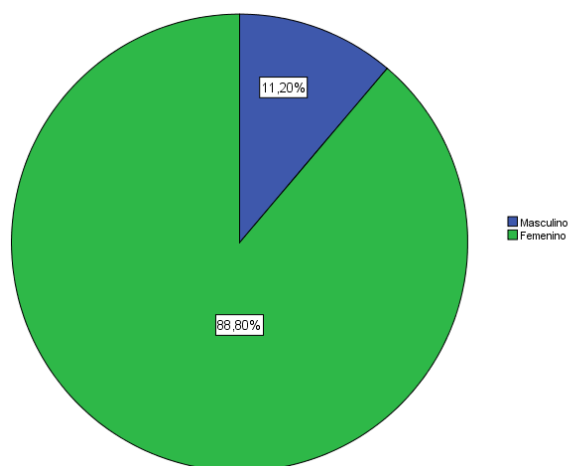
La consideración de los datos porcentuales respecto al género del personal de enfermería y técnicos de enfermería permite establecer las comparaciones de los datos.

La tabla 6, muestra los valores relacionados al género de los participantes, considerando la presencia de ciento uno mujeres en el estudio, siendo 88,8 % del total, a diferencia del 11,2 % de varones, siendo catorce participantes del total de la muestra.

Tabla 6*Género*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	14	11,2	11,2	11,2
Femenino	111	88,8	88,8	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa las frecuencias del género de los 125 participantes.

Figura 1*Género*

Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual del género de los participantes.

La figura 1 muestra que los siete octavos partes evidencia que son del género femenino, por el contrario, de la octava parte son varones, y se concluyó la predominancia de mujeres en los participantes del hospital público.

4.2.3. Aspectos descriptivos de la edad

Se contó con una muestra de ciento veinticinco participantes de ambos géneros, con medidas de tendencia central representando la media del 49,28 y una moda de 58. En las medidas de dispersión como de desviación estándar representa un (DE=13,294) y como medidas de posición mínimo representa un valor de 23 y como máximo valor de representación es 69.

En la tabla 7, se evidencia mayor frecuencia en la edad del personal de enfermería y técnicos de enfermería de 58 y 63 años con siete participantes, representando el 5,6 % del total; las edades de 37, 52 y 54 años con seis participantes, representa el 4,8 %; así mismo las edades de 45 y 59 años con cinco participantes, representado por el 4,0 %; también las edades de 30, 33, 56, 61, 64, 65 y 68 años con cuatro personas, representando el 3,2 %; además las edades de 28, 29, 42, 55, 57, 60, 62 y 66 años con tres participantes, equivalente al 2,4 %; de igual manera las edades de 26, 27, 31, 34, 35, 40, 44, 47, 51 y 53 años con dos personas, representado por el 1,6 %; y finalmente las edades de 23, 24, 25, 32, 36, 38, 41, 49, 50, 67 y 69 años presentado por una persona, equivalente al 0,8 % del total de la muestra.

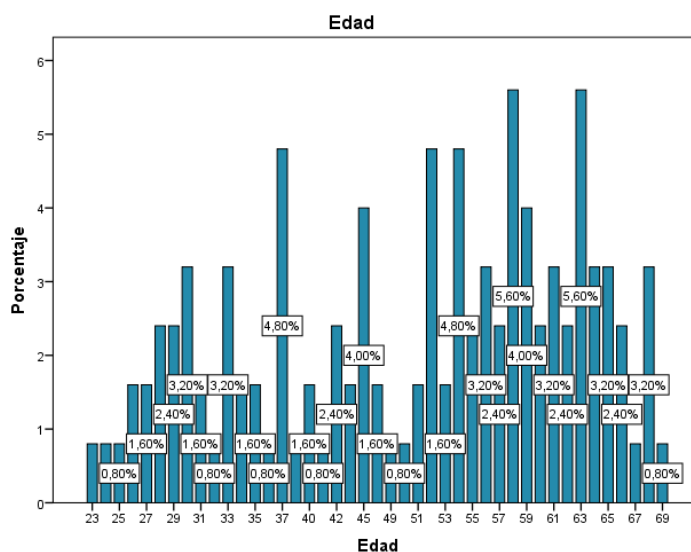
Tabla 7*Edad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
23	1	,8	,8	,8
24	1	,8	,8	1,6
25	1	,8	,8	2,4
26	2	1,6	1,6	4,0
27	2	1,6	1,6	5,6
28	3	2,4	2,4	8,0
29	3	2,4	2,4	10,4
30	4	3,2	3,2	13,6
31	2	1,6	1,6	15,2
32	1	,8	,8	16,0
33	4	3,2	3,2	19,2
34	2	1,6	1,6	20,8
35	2	1,6	1,6	22,4
36	1	,8	,8	23,2
37	6	4,8	4,8	28,0
38	1	,8	,8	28,8
40	2	1,6	1,6	30,4
41	1	,8	,8	31,2
42	3	2,4	2,4	33,6
44	2	1,6	1,6	35,2
45	5	4,0	4,0	39,2
47	2	1,6	1,6	40,8
49	1	,8	,8	41,6
50	1	,8	,8	42,4
51	2	1,6	1,6	44,0
52	6	4,8	4,8	48,8
53	2	1,6	1,6	50,4
54	6	4,8	4,8	55,2
55	3	2,4	2,4	57,6
56	4	3,2	3,2	60,8
57	3	2,4	2,4	63,2
58	7	5,6	5,6	68,8
59	5	4,0	4,0	72,8
60	3	2,4	2,4	75,2
61	4	3,2	3,2	78,4
62	3	2,4	2,4	80,8
63	7	5,6	5,6	86,4
64	4	3,2	3,2	89,6
65	4	3,2	3,2	92,8
66	3	2,4	2,4	95,2
67	1	,8	,8	96,0
68	4	3,2	3,2	99,2
69	1	,8	,8	100,0

Nota. La tabla representa las frecuencias de la edad de los 125 participantes.

Figura 2

Edad



Nota. La figura representa la frecuencia porcentual de la edad de los participantes.

La figura 2 muestra las diversas edades de los participantes, siendo la mayor frecuencia de 5,6 %, teniendo la participación de 7 personas con la misma edad, y la frecuencia mínima con una participación de las personas con la misma edad representada por el 0,8 % del total.

4.2.4. Aspectos descriptivos del rango etario

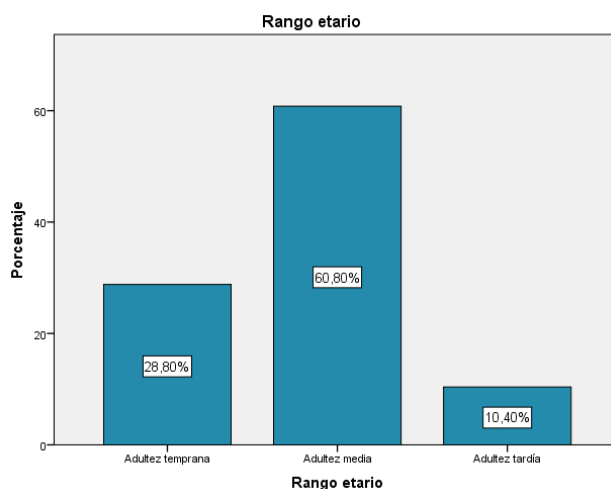
La consideración de los datos porcentuales respecto al rango etario del personal de enfermería y técnicos de enfermería permite establecer las comparaciones de los datos.

La tabla 8 evidencia mayor frecuencia en el rango etario de adultez media con sesenta y seis personas, representando el 60,8 %; así mismo el rango etario de adultez temprano con treinta y seis participantes equivalentes al 28,8 % y finalmente el rango etario de adultez tardía con trece personas, representando el 10,4 % del total.

Tabla 8*Rango etario*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adulthood temprana	36	28,8	28,8	28,8
Adulthood media	76	60,8	60,8	89,6
Adulthood tardía	13	10,4	10,4	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota: La tabla representa las frecuencias del rango etario de los 125 participantes.

Figura 3*Rango etario*

Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual del rango etario de los participantes.

La figura 3 evidencia la mayor frecuencia de rango etario en adultez media que comprende de 40 a 65 años, seguido de la adultez temprana que abarca 20 hasta los 40 años y finalmente la adultez tardía comprendido entre las edades de 65 en adelante.

4.2.5. Aspectos descriptivos del servicio

La consideración de los datos porcentuales respecto al servicio perteneciente del personal de enfermería y técnicos de enfermería permite establecer las comparaciones relacionadas a esta variable.

La tabla 9 muestra los diversos servicios del hospital público, siendo el servicio de Medicina con mayor frecuencia con diecisiete participantes, representando el 13,6 %; seguido del servicio de Emergencia con dieciséis participantes, representado por el

12,8 %; así mismo los servicios de UCIN, Centro quirúrgico y Traumatología con diez personas, equivalente el 8,0 %; además los servicios de CRED y Neonatología con nueve personas, representando el 7,2 %; los servicios de Pediatría, Cirugía y UCCI con ocho personas, representando el 6,4 %; el servicio de Ginecología con seis participantes, representado por el 4,8 %; el servicio de Consultorios externos con cinco personas, representando el 4,0 %; el servicio de Referencia y contrarreferencia con tres personas, representado por el 2,4 %; y finalmente los servicios de Inmunizaciones, Centro obstétrico y Gineco obstetricia con dos personas, representando el 1,6 % del total de la muestra.

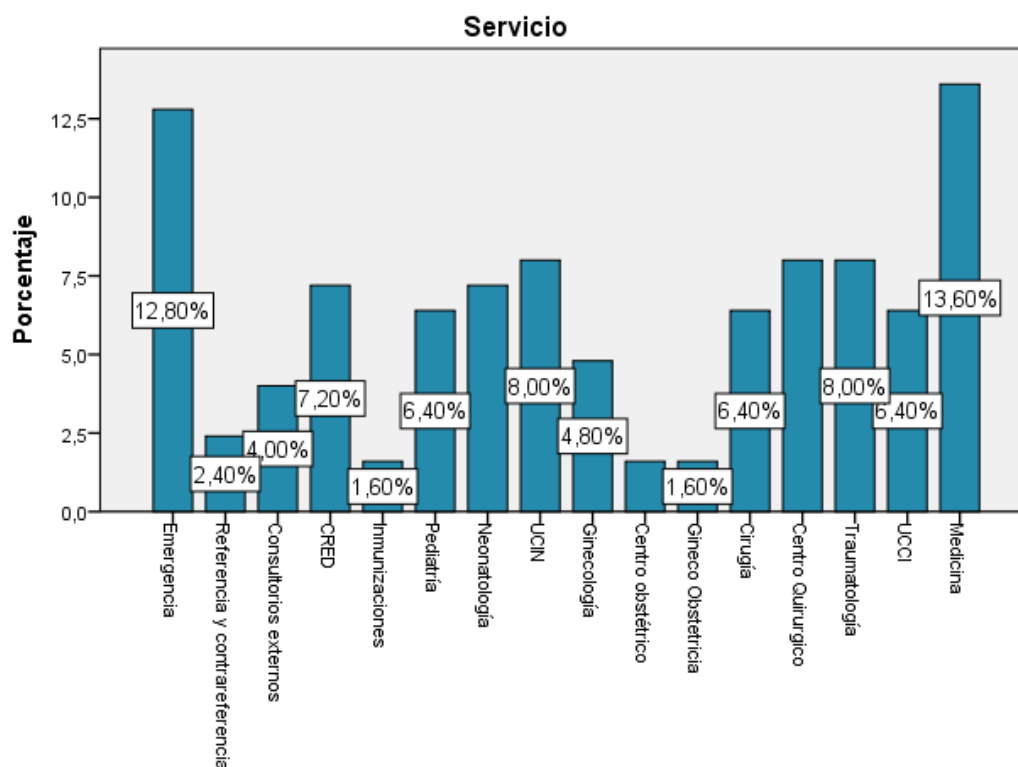
Tabla 9*Servicio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Emergencia		16	12,8	12,8	12,8
Referencia y contrarreferencia		3	2,4	2,4	15,2
Consultorios externos		5	4,0	4,0	19,2
CRED		9	7,2	7,2	26,4
Inmunizaciones		2	1,6	1,6	28,0
Pediatría		8	6,4	6,4	34,4
Neonatología		9	7,2	7,2	41,6
UCIN		10	8,0	8,0	49,6
Ginecología		6	4,8	4,8	54,4
Centro Obstétrico		2	1,6	1,6	56,0
Gineco Obstetricia		2	1,6	1,6	57,6
Cirugía		8	6,4	6,4	64,0
Centro Quirúrgico		10	8,0	8,0	72,0
Traumatología		10	8,0	8,0	80,0
UCCI		8	6,4	6,4	86,4
Medicina		17	13,6	13,6	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa las frecuencias del servicio.

Figura 4

Frecuencias porcentuales del servicio de los participantes



Nota. Frecuencias porcentuales del servicio de los participantes.

La figura 4 muestra a los diversos servicios, siendo la mayor frecuencia de 13,6 % del servicio de Medicina y la frecuencia mínima de los servicios de Inmunizaciones, Centro obstétrico y Gineco obstetricia representada por el 1,6 % del total.

4.2.5.1. Aspectos descriptivos por tipo de servicio (Ambulatorio-Hospitalización)

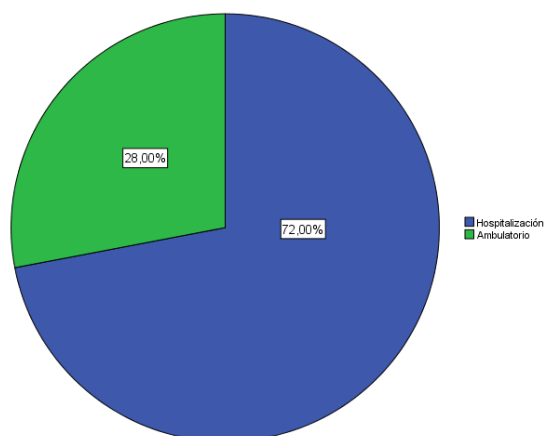
En cuanto a las frecuencias del tipo de servicio de los participantes, permite establecer la manera de trabajo que tiene cada uno del personal de enfermería y técnicos de enfermería.

La tabla 10 muestra los valores respecto al tipo de servicio de los participantes, donde noventa personas atienden en hospitalización, siendo el 72,0 %; por otra parte, treinta y cinco atienden de manera ambulatoria, representando el 28,0 % del total.

Tabla 10*Tipo de servicio*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	
			válido	Porcentaje acumulado
Hospitalización	90	72,0	72,0	72,0
Ambulatorio	35	28,0	28,0	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota: La tabla representa las frecuencias del tipo de servicio.

Figura 5*Frecuencias porcentuales del tipo de servicio de los participantes*

Nota. La figura muestra frecuencias porcentuales del tipo de servicio de los participantes.

La figura 5 muestra que más de la cuarta parte evidencia que atienden en hospitalización, por el contrario, menos de las tres cuartas partes atienden de manera ambulatoria, y se concluyó la predominancia del tipo de servicio es hospitalización.

4.2.6. Aspectos descriptivos de la carrera profesional

La consideración de los datos porcentuales relacionados a la carrera profesional del personal de enfermería y técnicos de enfermería permite establecer las comparaciones de los datos.

La tabla 11 muestra mayor frecuencia en el personal de enfermería, siendo sesenta y seis, equivalente al 52,8 %; además de cincuenta y nueve técnicos de enfermería, representado por el 47,2 % del total de los participantes.

Tabla 11

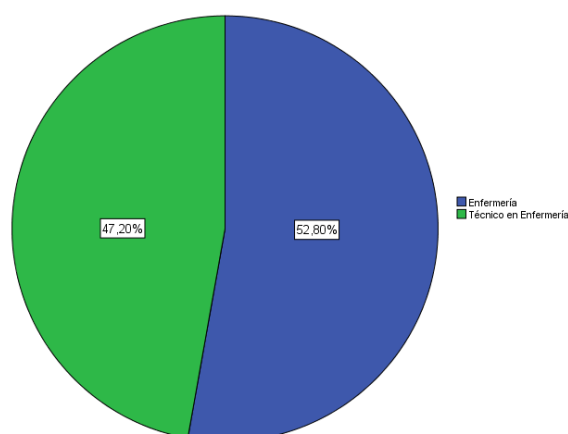
Carrera profesional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermería	66	52,8	52,8	52,8
Técnico en Enfermería	59	47,2	47,2	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa la carrera profesional de los 125 participantes

Figura 6

Frecuencia porcentual la carrera profesional de los participantes



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual la carrera profesional de los participantes.

La figura 6, muestra que más de la mitad de los participantes son enfermeros, por el contrario, menos de la mitad son técnicos en enfermería.

4.3. Resultados Descriptivos de los Niveles de Ansiedad

4.3.1. Niveles de ansiedad-personal de enfermería y técnicos de enfermería

La consideración de los datos porcentuales respecto los niveles de ansiedad presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería permite establecer las comparaciones relacionados a la variable estudiada.

La tabla 12 muestra los niveles de ansiedad presentados en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, donde ochenta y cuatro participantes no evidencian ansiedad, representando el 67,2 %; por el contrario, veintinueve participantes evidencian ansiedad leve, representado por el 23,2 %; también once participantes evidencian ansiedad moderada, equivalente al 8,8 %; y finalmente un participante evidencia ansiedad grave, representando el 0,8 % del total.

Tabla 12

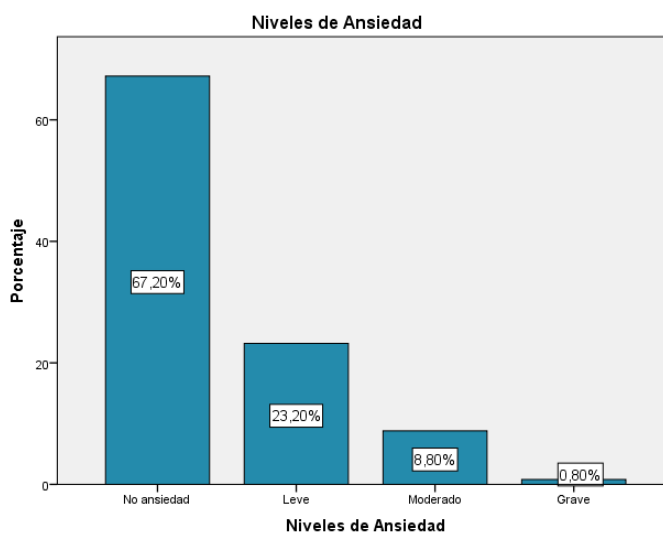
Niveles de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No ansiedad	84	67,2	67,2	67,2
Leve	29	23,2	23,2	90,4
Moderado	11	8,8	8,8	99,2
Grave	1	,8	,8	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa los niveles de ansiedad de los 125 participantes.

Figura 7

Frecuencia porcentual de los niveles de ansiedad de los participantes



Nota. Frecuencia porcentual de los niveles de ansiedad de los participantes.

La figura 7, muestra que más de la mitad del personal no evidencia ansiedad, seguido de ansiedad leve y ansiedad moderada; y menor frecuencia en el personal que evidencia ansiedad grave.

4.3.2. Niveles de ansiedad-género

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel de ansiedad y el género, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 13 señala setenta y cinco mujeres que no evidencian ansiedad con el 60,0 %, seguido de veinticinco mujeres que presentan ansiedad leve representado por el 20,0 %, además de diez mujeres que evidencian ansiedad moderada, equivalente al 8,0 % y una mujer que presenta ansiedad grave con el 0,8 %; en el caso de los varones, se registran nueve de ellos que no presentan ansiedad representado por el 7,2 %; cuatro varones evidencian ansiedad leve equivalente al 3,2 % y finalmente un varón que evidencia ansiedad moderada con el 0,8 %.

Tabla 13

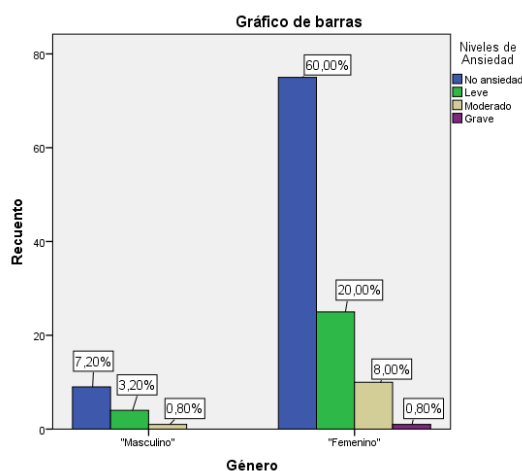
Tabla cruzada: género y niveles de ansiedad

		Niveles de ansiedad					
		No ansiedad	Leve	Moderado	Grave	Total	
Género	Masculino	Recuento	9	4	1	0	14
		% del total	7,2 %	3,2 %	0,8 %	0,0 %	11,2 %
	Femenino	Recuento	75	25	10	1	111
		% del total	60,0 %	20,0 %	8,0 %	0,8 %	88,8 %
Total		Recuento	84	29	11	1	125
		% del total	67,2 %	23,2 %	8,8 %	0,8 %	100,0 %

Nota. La tabla representa los niveles de ansiedad y el género.

Figura 8

Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el género



Nota. Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el género.

La figura 8 muestra la ausencia de ansiedad con mayor porcentaje en el personal, tanto en varones como mujeres, destacando que en conjunto vienen a ser aproximadamente el 67 %; en cuanto la presencia de ansiedad leve se registra aproximadamente 23 %; además la presencia de ansiedad moderada se registra 8,80 % y finalmente el 0,8 % que evidencia ansiedad grave en mujeres, por el contrario, no se registra nivel grave en varones.

4.3.3. Niveles de ansiedad-rango etario

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel de ansiedad y el rango etario, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 14 muestra los niveles de ansiedad según el rango etario de adultez media, cincuenta y cuatro personas no evidencian ansiedad equivalente al 43,2 %, dieciséis de ellos presentan ansiedad leve y seis personas ansiedad moderada, representado por el 12,8 % y 4,8 % respectivamente. Por otra parte, en el rango etario,

en cuanto la adultez temprana veinte personas no evidencian ansiedad representado por el 16,0 %, diez de ellos evidencian ansiedad leve con el 8,0 %, cinco personas presentan ansiedad moderada con el 4,0 % y un caso se registró con ansiedad grave representado por el 0,8 %. Por último, en el rango etario de adultez tardía se registran diez personas sin ansiedad representando el 8,0 % y tres personas con ansiedad leve equivalente al 2,4 % del total.

Tabla 14

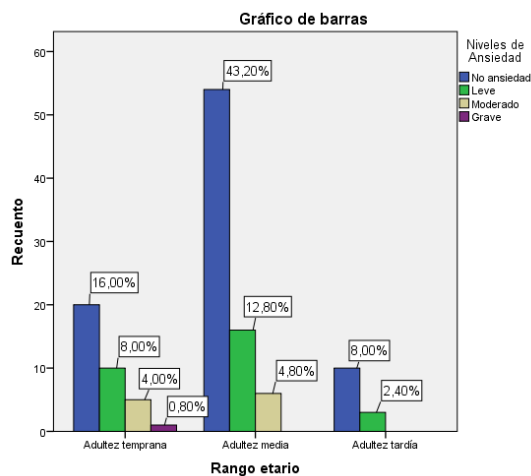
Tabla cruzada: rango etario y niveles de ansiedad

			Niveles de Ansiedad				Total	
			No ansiedad	Leve	Moderado	Grave		
Rango etario	Adultez temprana	Recuento	20	10	5	1	36	
		% del total	16,0 %	8,0 %	4,0 %	0,8 %	28,8 %	
	Adultez media	Recuento	54	16	6	0	76	
		% del total	43,2 %	12,8 %	4,8 %	0,0 %	60,8 %	
	Adultez tardía	Recuento	10	3	0	0	13	
		% del total	8,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	10,4 %	
Total			84	29	11	1	125	
			% del total	67,2 %	23,2 %	8,8 %	0,8 %	100,0 %

Nota. La tabla representa los niveles de ansiedad y el rango etario de los 125 participantes.

Figura 9

Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el rango etario



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el rango etario.

La figura 9 señala el mayor porcentaje la ausencia de ansiedad según el rango etario, siendo más del 50 %; sin embargo, en cuanto la presencia de ansiedad grave se registra en menor porcentaje en el rango etario de adultez temprana y casos nulos en la adultez media y tardía.

4.3.4. Niveles de ansiedad-servicio de atención

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel de ansiedad y el servicio de atención, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 15 muestra los niveles de ansiedad respecto a los diversos servicios del hospital público, en el servicio de Medicina se evidencian nueve personas sin ansiedad, seis de ellos con ansiedad leve, uno con ansiedad moderado y uno con ansiedad grave, equivalente al 7,2 %, 4,8 %, 0,8 % y 0,8 % respectivamente; así mismo, en el servicio de Emergencia, doce personas no evidencian ansiedad y cuatro presentan ansiedad leve con el 9,6 % y 3,2 % respectivamente; en cuanto al servicio de UCIN se registran ocho personas sin ansiedad, un caso de ansiedad leve y un caso de ansiedad moderada,

equivalente al 6,4 %, 0,8 % y 0,8 % respectivamente; en cuanto el Centro Quirúrgico se registran seis personas sin ansiedad, dos con ansiedad leve y dos con ansiedad moderada equivalente al 4,8 %, 1,6 % y 1,6 % de forma respectiva; así mismo en el servicio de Traumatología, se presentan nueve personas sin ansiedad y un caso de ansiedad leve, equivalente al 7,2 % y 0,8 % respectivamente; asimismo en CRED, tres personas no presentan ansiedad, al igual que la presencia de ansiedad leve y moderada con el 2,4 % cada uno; al igual que el servicio de Neonatología, siete personas sin ansiedad y dos con ansiedad leve, representado por el 5,6 % y 1,6 % respectivamente; en el servicio de Pediatría, se registraron siete personas sin ansiedad y una evidencia ansiedad leve, con el 5,6 % y 0,8 % respectivamente; en el servicio de UCCI se registra cinco personas sin ansiedad, dos con ansiedad leve y una con ansiedad moderada, representado por el 4,0 %, 1,6 % y 0,8 % respectivamente; por otro lado en el servicio de Ginecología se registran seis personas que no evidencian ansiedad con el 4,8 %; en cuanto a Consultorios Externos, cuatro personas no presentan ansiedad y una evidencia ansiedad moderada, equivalente al 3,2 % y 0,8 % respectivamente; en el servicio de Referencia y Contrarreferencia, dos personas no presentan ansiedad y una evidencia ansiedad moderada, equivalente al 1,6 % y 0,8 % respectivamente; además en Inmunizaciones, una persona presenta ansiedad leve y una ansiedad moderada equivalente al 0,8 %; así mismo en el Centro Obstétrico se registran una persona sin ansiedad y otra con ansiedad leve, representado por el 0,8 % cada uno; respecto al servicio de Gineco obstetricia, se registran dos personas con ausencia de ansiedad con el 1,6 %; y por último el servicio de Cirugía, se presentan tres personas sin ansiedad y cinco de ellos con ansiedad leve, presentando en 2,4 % y el 4,0 % respectivamente.

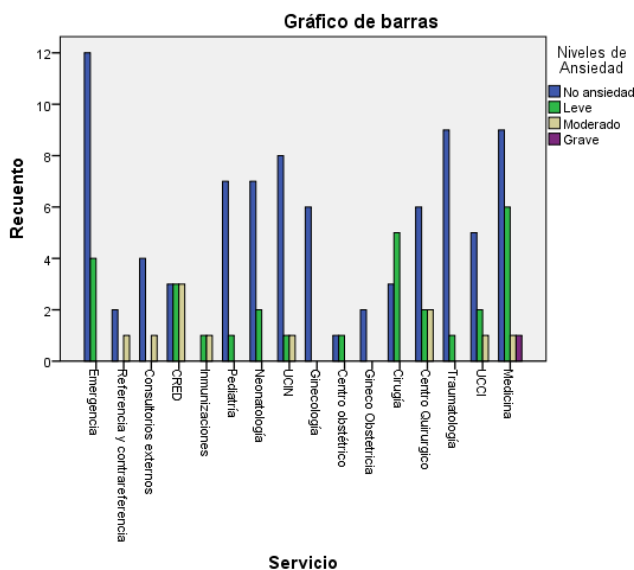
Tabla 15*Tabla cruzada: servicio y niveles de ansiedad*

Servicio			Niveles de Ansiedad				Total
			No ansiedad	Leve	Moderado	Grave	
Emergencia	Recuento		12	4	0	0	16
	% del total		9,6 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	12,8 %
Referencia y contrarreferencia	Recuento		2	0	1	0	3
	% del total		1,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	2,4 %
Consultorios externos	Recuento		4	0	1	0	5
	% del total		3,2 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	4,0 %
CRED	Recuento		3	3	3	0	9
	% del total		2,4 %	2,4 %	2,4 %	0,0 %	7,2 %
Inmunizaciones	Recuento		0	1	1	0	2
	% del total		0,0 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %	1,6 %
Pediatría	Recuento		7	1	0	0	8
	% del total		5,6 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %
Neonatología	Recuento		7	2	0	0	9
	% del total		5,6 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	7,2 %
UCIN	Recuento		8	1	1	0	10
	% del total		6,4 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %	8,0 %
Ginecología	Recuento		6	0	0	0	6
	% del total		4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %
Centro obstétrico	Recuento		1	1	0	0	2
	% del total		0,8 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
Gineco Obstetricia	Recuento		2	0	0	0	2
	% del total		1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
Cirugía	Recuento		3	5	0	0	8
	% del total		2,4 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %
Centro Quirúrgico	Recuento		6	2	2	0	10
	% del total		4,8 %	1,6 %	1,6 %	0,0 %	8,0 %
Traumatología	Recuento		9	1	0	0	10
	% del total		7,2 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	8,0 %
UCCI	Recuento		5	2	1	0	8
	% del total		4,0 %	1,6 %	0,8 %	0,0 %	6,4 %
Medicina	Recuento		9	6	1	1	17
	% del total		7,2 %	4,8 %	0,8 %	0,8 %	13,6 %
Total	Recuento		84	29	11	1	125
	% del total		67,2 %	23,2 %	8,8 %	0,8 %	100,0 %

Nota. La tabla representa los niveles de ansiedad y el servicio.

Figura 10

Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el servicio



Nota. Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el servicio.

La figura 10 muestra, en mayor porcentaje, la ausencia de ansiedad respecto a los servicios de trabajo del personal de enfermería y técnicos de enfermería, excepto en el servicio de Inmunizaciones y finalmente en menor porcentaje el nivel de ansiedad grave registrado solo en el servicio de Medicina.

4.3.5. Niveles de ansiedad-tipo de servicio

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel de ansiedad y el tipo de servicio, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 16 señala que en hospitalización se registra sesenta y tres personas con ausencia de ansiedad representado por el 50,4 %, veintiuno personas con ansiedad leve con el 16,8 %, cinco personas con ansiedad moderada con el 4,0 % y una persona que evidencia ansiedad grave con el 0,8 %; por otro lado, en el tipo de servicio ambulatorio, se evidencia veintiuno personas que no evidencian ansiedad con el 16,8 %, ocho

personas con ansiedad leve con el 6,4 % y finalmente seis personas que registran ansiedad moderada equivalente a 4,8 % del total.

Tabla 16

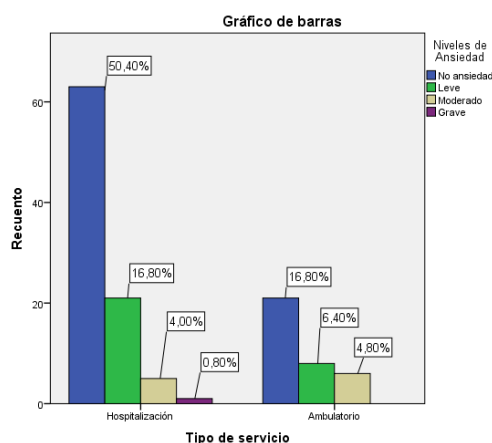
Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles de ansiedad

		Niveles de ansiedad				Total	
		No ansiedad	Leve	Moderado	Grave		
Tipo de servicio	Hospitalización	Recuento	63	21	5	1	90
		% del total	50,4 %	16,8 %	4,0 %	0,8 %	72,0 %
	Ambulatorio	Recuento	21	8	6	0	35
		% del total	16,8 %	6,4 %	4,8 %	0,0 %	28,0 %
Total		Recuento	84	29	11	1	125
		% del total	67,2 %	23,2 %	8,8 %	0,8 %	100,0 %

Nota. La tabla representa los niveles de ansiedad y el tipo de servicio de los 125 participantes.

Figura 11

Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el tipo de servicio



Nota. Frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y el tipo de servicio.

La figura 11 muestra la mayor frecuencia de ausencia de ansiedad en ambos tipos de servicio, además se registra ansiedad leve tanto en hospitalización y en el tipo de servicio ambulatorio con 16,8 % y 6,4 % respectivamente; además se registra alrededor de 8 % de personas que evidencian ansiedad moderada y finalmente 0,8 % de ansiedad grave en el tipo de servicio de hospitalización.

4.3.6. Niveles de ansiedad-carrera profesional

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel de ansiedad y la carrera profesional, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 17 muestra que cuarenta y cuatro enfermeros no evidencian ansiedad, quince de ellos presentan ansiedad leve, siete registran ansiedad moderada, representando el 35,2 %, 12,0 % y el 5,6 % respectivamente; por otra parte, cuarenta de los técnicos en enfermería muestran ausencia de ansiedad, catorce de ellos registran ansiedad leve, cuatro evidencian ansiedad moderada y uno presenta ansiedad grave, equivalente al 32,0 %, 11,2 %, 3,2 % y 0,8 % en el orden mencionado.

Tabla 17

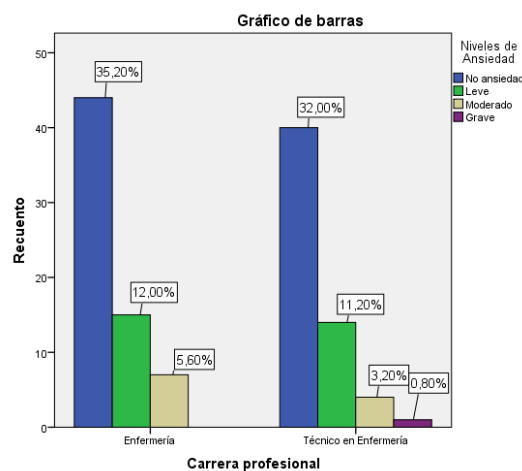
Tabla cruzada: carrera profesional y niveles de ansiedad

			Niveles de ansiedad				Total
			No ansiedad	Leve	Moderado	Grave	
Carrera profesional	Enfermería	Recuento	44	15	7	0	66
		% del total	35,2 %	12,0 %	5,6 %	0,0 %	52,8 %
	Técnico en Enfermería	Recuento	40	14	4	1	59
		% del total	32,0 %	11,2 %	3,2 %	0,8 %	47,2 %
Total	Recuento		84	29	11	1	125
	% del total		67,2 %	23,2 %	8,8 %	0,8 %	100,0 %

Nota: La tabla representa los niveles de ansiedad y la carrera profesional de los 125 participantes

Figura 12

Frecuencia porcentual los niveles de ansiedad y la carrera profesional



Nota. La figura presenta la frecuencia porcentuales los niveles de ansiedad y la carrera profesional.

La figura 12 señala mayor porcentaje de ausencia de ansiedad, tanto en enfermeros como técnicos en enfermería, así mismo se registra aproximadamente 23 % de ansiedad leve, además de ansiedad moderada con alrededor de 8 % y finalmente se evidencia el 0,8 % de ansiedad grave en el personal de técnicos de enfermería.

4.4. Resultados descriptivos-factores de la ansiedad

4.3.7. Niveles de ansiedad del factor subjetivo

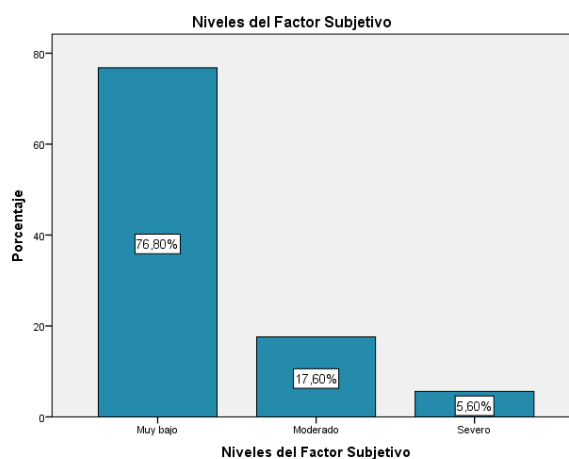
La consideración de los datos porcentuales respecto los niveles de ansiedad del factor subjetivo presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, permite establecer las comparaciones relacionados a la variable estudiada.

La tabla 18 muestra los niveles respecto al factor subjetivo se registra noventa y seis personas que evidencian un nivel muy bajo, representado por el 76,8 %; veintidós personas evidencian un nivel moderado, representando el 17,6 % y, por último, siete personas presentan un nivel severo, representado por el 5,6 % del total.

Tabla 18*Niveles del factor subjetivo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	96	76,8	76,8	76,8
Moderado	22	17,6	17,6	94,4
Severo	7	5,6	5,6	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota: La tabla representa los niveles del factor subjetivo de los 125 participantes.

Figura 13*Frecuencias porcentuales los niveles del factor subjetivo*

Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo.

La figura 13 muestra el mayor porcentaje el nivel muy bajo en el factor subjetivo, siendo 76,8 % del total, seguido de 17,6 % del nivel moderado y finalmente el 5,6 % del nivel severo.

4.3.8. Niveles de ansiedad del factor neurofisiológico

La consideración de los datos porcentuales respecto los niveles de ansiedad del factor neurofisiológico presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, permite establecer las comparaciones relacionados a la variable estudiada.

La tabla 19 muestra los niveles respecto al factor neurofisiológico se registra ciento seis personas que evidencian el nivel muy bajo, representado por el 84,8 %; dieciséis personas evidencian un nivel moderado, representando el 12,8 % y, por último, tres personas presentan un nivel severo, representado por el 2,4 % del total.

Tabla 19

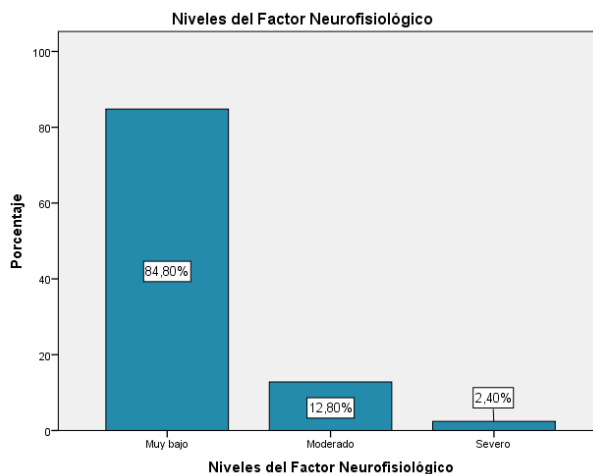
Niveles del factor neurofisiológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	106	84,8	84,8	84,8
Moderado	16	12,8	12,8	97,6
Severo	3	2,4	2,4	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa los niveles del factor neurofisiológico de los 125 participantes.

Figura 14

Frecuencia porcentual los niveles del factor neurofisiológico



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual de los niveles del factor neurofisiológico.

La figura 14 muestra el mayor porcentaje el nivel muy bajo en el factor neurofisiológico, siendo 84,8 % del total, seguido de 12,8 % del nivel moderado y finalmente el 2,4 % del nivel severo.

4.3.9. Niveles de ansiedad del factor autónomico

La consideración de los datos porcentuales respecto los niveles de ansiedad del factor autónomico presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, permite establecer las comparaciones relacionados a la variable estudiada.

La tabla 20 muestra los niveles respecto al factor autónomico se registra ciento dieciocho personas que evidencian el nivel muy bajo, representado por el 94,4 %; cinco personas evidencian un nivel moderado, representando el 4,0 % y por último dos personas presentan un nivel severo, representado por el 1,6 % del total.

Tabla 20

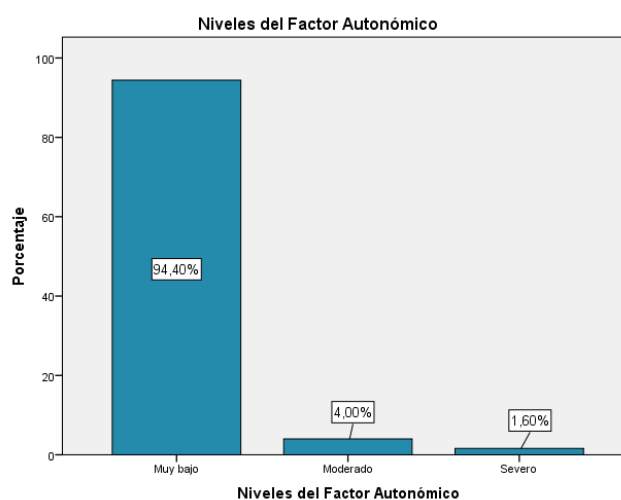
Niveles del factor autónomico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	118	94,4	94,4	94,4
Moderado	5	4,0	4,0	98,4
Severo	2	1,6	1,6	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota. La tabla representa los niveles del factor autónomico.

Figura 15

Frecuencias porcentuales los niveles del factor autónomico



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual de los niveles del factor autónomico.

La figura 15 muestra el mayor porcentaje el nivel muy bajo en el factor autonómico, siendo 94,4 % del total, seguido de 4,0 % del nivel moderado y finalmente el 1,6 % del nivel severo.

4.3.10. Niveles de ansiedad del factor síntomas vasomotores

La consideración de los datos porcentuales, respecto los niveles de ansiedad del factor síntomas vasomotores presentes en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, permite establecer las comparaciones relacionados a la variable estudiada.

La tabla 21 muestra los niveles respecto al factor síntomas vasomotores se registra noventa y cuatro personas que evidencian el nivel muy bajo, representado por el 75,2 %; veintisiete personas evidencian un nivel moderado, representando el 21,6 % y por último cuatro personas presentan un nivel severo, representado por el 3,2 % del total.

Tabla 21

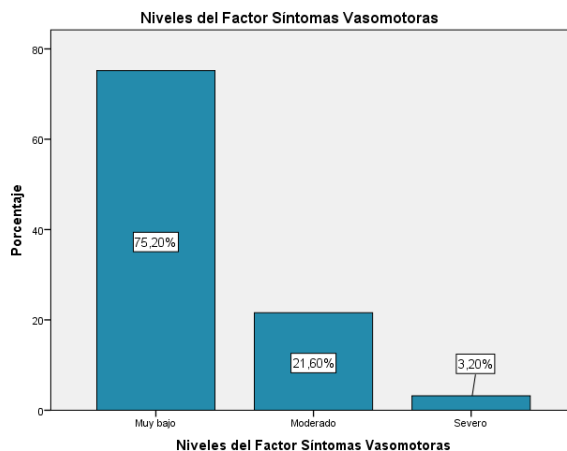
Niveles del factor síntomas vasomotoras

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	94	75,2	75,2	75,2
Moderado	27	21,6	21,6	96,8
Severo	4	3,2	3,2	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Nota: La tabla representa los niveles del factor síntomas vasomotores de los 125 participantes

Figura 16

Frecuencia porcentual de los niveles del factor síntomas vasomotores



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual de los niveles del factor síntomas vasomotores.

La figura 14 muestra el mayor porcentaje el nivel muy bajo en el factor síntomas vasomotores, siendo 75,2 % del total, seguido de 21,6 % del nivel moderado y finalmente el 3,2 % del nivel severo.

4.4. Descriptivos de los Niveles de la Ansiedad por Factor

4.4.1. Niveles del factor subjetivo

4.4.1.1. Niveles del factor subjetivo-género

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes, tomando en consideración el nivel del factor subjetivo y el género, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 22 evidencia ciento once mujeres, representando el 88,8 % del total, donde ochenta y cinco mujeres que presentan el nivel muy bajo en el factor subjetivo, representado por el 68,0 %; así mismo diez y nueve mujeres presentan el nivel moderado en el factor subjetivo, representando el 15,2 % y siete mujeres presentan el nivel severo en el factor subjetivo, representado por el 5,6 %; por otra parte, se reportan catorce varones siendo el 11,2 % de total, por lo que se registra once varones que

presentan el nivel muy bajo en el factor subjetivo, representado por el 8,8 % y finalmente tres varones evidencian el nivel moderado en el factor subjetivo, representando el 2,4 % del total.

Tabla 22

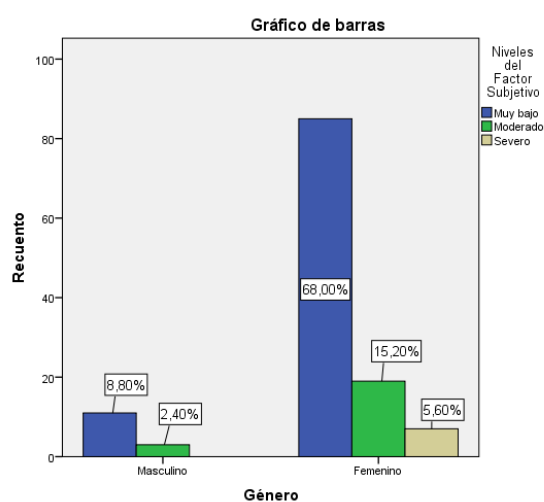
Tabla cruzada: género y niveles del factor subjetivo

		Niveles del factor subjetivo				Total
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Género	Masculino	Recuento	11	3	0	14
		% del total	8,8 %	2,4 %	0,0 %	11,2 %
	Femenino	Recuento	85	19	7	111
		% del total	68,0 %	15,2 %	5,6 %	88,8 %
Total		Recuento	96	22	7	125
		% del total	76,8 %	17,6 %	5,6 %	100,0 %

Nota. La tabla representa los niveles del factor subjetivo y el género de los 125 participantes.

Figura 17

Frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo y el género



Nota. Frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo y el género.

La figura 17 muestra la mayor frecuencia del nivel muy bajo del factor subjetivo en las mujeres con el 68,0 %, seguido del nivel moderado con el 15,2 % y la presencia del nivel severo en las mujeres, representando el 5,6 % del total.

4.4.1.2. Niveles del factor subjetivo-rango etario

La descripción estadística de las frecuencias de los participantes tomando en consideración el nivel del factor subjetivo y el rango etario, permite establecer la relación entre ambas variables.

La tabla 23 evidencia setenta y seis personas que se encuentran en la adultez media por lo que representa el 60,8 %, donde se evidencia sesenta y dos personas que presentan un nivel muy bajo con el 49,6 %; además diez personas evidencian un nivel moderado, representando el 8,0 % y cuatro personas del mismo rango presentan un nivel severo, representado por el 3,2 %; por otra parte, se registran treinta y seis participantes que se encuentran en la adultez temprano representando el 28,8 %, en el cual se evidencian veintidós personas ubicadas en el rango etario de adultez temprana que presentan un nivel muy bajo respecto al factor subjetivo, representando el 17,6 %; así mismo once personas del mismo rango presentan un nivel moderado, representado por el 8,8 % y de igual manera, tres personas del mismo rango etario evidencian un nivel severo, equivalente al 2,4 %; por último, se hallan trece personas que se encuentran en la adultez tardía siendo el 10,4 % del total, se reporta doce personas que presentan un nivel muy bajo, equivalente al 9,6 % y una persona que evidencia un nivel severo en el factor subjetivo, representando el 0,8 % del total.

Tabla 23

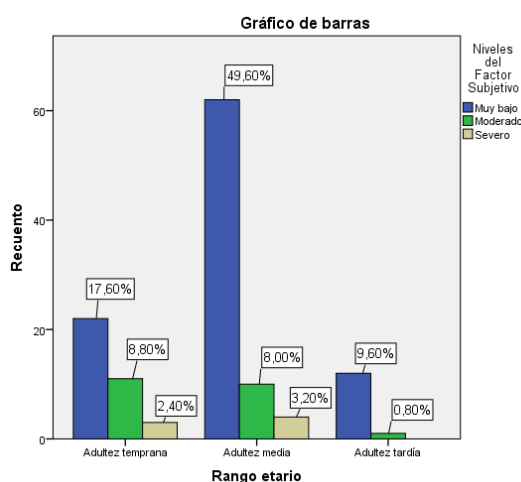
Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor subjetivo

		Niveles del factor subjetivo			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Rango etario	Adulthood temprana	Recuento	22	11	3	36
		% del total	17,6 %	8,8 %	2,4 %	28,8 %
	Adulthood media	Recuento	62	10	4	76
		% del total	49,6 %	8,0 %	3,2 %	60,8 %
	Adulthood tardía	Recuento	12	1	0	13
		% del total	9,6 %	0,8 %	0,0 %	10,4 %
Total		Recuento	96	22	7	125
		% del total	76,8 %	17,6 %	5,6 %	100,0 %

Nota: La tabla representa los niveles del factor subjetivo y el rango etario de los 125 participantes.

Figura 18

Frecuencia porcentual de los niveles del factor subjetivo y el rango etario.



Nota. La figura muestra la frecuencia porcentual los niveles del factor subjetivo y el rango etario.

La figura 18 muestra la predominancia porcentual en el nivel muy bajo en el rango etario de adultez media con el 49,6 %; seguido de la relevancia en el nivel moderado en la adultez temprana representado por el 8,8 % y finalmente del nivel severo del factor subjetivo con mayor cantidad en el rango etario de adultez media con el 3,2 % del total.

4.4.1.3. Niveles del factor subjetivo-tipo de servicio

Tabla 24

Frecuencias del tipo de servicio y niveles del factor subjetivo de los participantes

			Niveles del factor subjetivo			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Tipo de servicio	Hospitalización	Recuento	70	17	3	90
		% del total	56,0 %	13,6 %	2,4 %	72,0 %
	Ambulatorio	Recuento	26	5	4	35
		% del total	20,8 %	4,0 %	3,2 %	28,0 %
Total	Recuento	96	22	7	125	
	% del total	76,8 %	17,6 %	5,6 %	100,0 %	

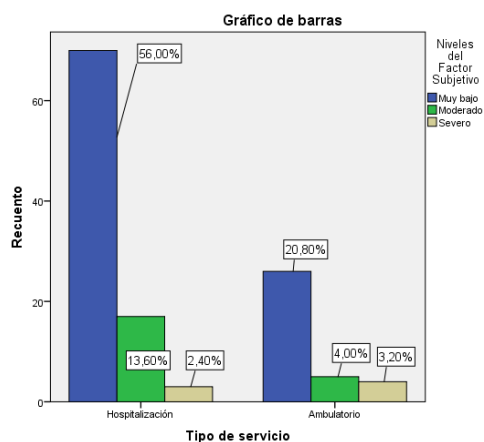
Nota. La tabla muestra las frecuencias del tipo de servicio y niveles del factor de los participantes.

El análisis de frecuencias porcentuales como absolutas en la tabla cruzada de los niveles del factor subjetivo con el tipo de servicio de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 24 evidencia noventa personas que laboran en hospitalización por lo que representa el 72,0 %, por ello, setenta trabajadores de hospitalización muestra que el factor subjetivo del nivel muy bajo, representa el 56,0 %, asimismo diecisiete participantes en el factor subjetivo del nivel moderado, equivale el 13,6 % y tres trabajadores de hospitalización en el factor subjetivo del nivel severo, representa el 2,4 %, en cuanto al tipo de servicio ambulatorio, se observó treinta y cinco participantes, representando el 28,0 %, de tal manera, veintiséis trabajadores del servicio ambulatorio en el factor subjetivo del nivel muy bajo, representa 20,8 %, además, cinco trabajadores en el factor subjetivo del nivel moderado, equivalente 4,0 % y, finalmente, cuatro trabajadores en el factor subjetivo del nivel severo del personal ambulatorio, representa el 3,2 %.

Figura 19

Porcentajes de los niveles del factor subjetivo por tipo de servicio



Nota. La figura muestra los niveles del factor subjetivo por tipo de servicio.

La figura 19 muestra la predominancia porcentual en el nivel muy bajo en el tipo de servicio con el 76,8 %, asimismo, en el nivel moderado del tipo de servicio del hospital público de Tarma, representa el 17,6 % y finalmente, el nivel severo del factor subjetivo con menor cantidad del tipo de servicio es el 5,6 % del total.

4.4.1.4. Niveles del factor subjetivo-carrera profesional

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor subjetivo con la carrera profesional de los participantes establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 25 muestra sesenta seis trabajadores de la carrera de enfermería por lo que representa el 52,8 %, por ende, cuarenta nueve trabajadores de enfermería del factor subjetivo nivel muy bajo, representa el 39,2 % , también doce trabajadores de enfermería del factor subjetivo nivel moderado, equivale el 9,6 % y cinco trabajadores de enfermería del factor subjetivo nivel severo, representa el 4,0 %; en cuanto a los trabajadores de la carrera profesional técnico de enfermería, se obtuvo cincuenta y nueve trabajadores, representando el 47,2 %, por consiguiente, cuarenta y siete trabajadores técnicos de enfermería del factor subjetivo nivel muy bajo, representa

37,6 %, además, diez trabajadores del factor subjetivo nivel moderado, equivalente 8,0 % y finalmente, dos trabajadores técnicos de enfermería del factor subjetivo nivel severo, representa el 1,6 %.

Tabla 25

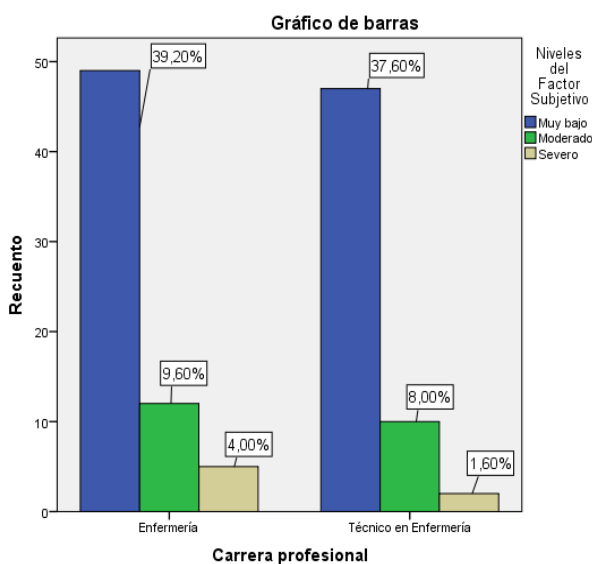
Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor subjetivo

		Niveles del factor subjetivo			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Carrera profesional	Enfermería	Recuento	49	12	5	66
		% del total	39,2 %	9,6 %	4,0 %	52,8 %
	Técnico en Enfermería	Recuento	47	10	2	59
		% del total	37,6 %	8,0 %	1,6 %	47,2 %
Total		Recuento	96	22	7	125
		% del total	76,8 %	17,6 %	5,6 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de la carrera profesional y niveles del factor subjetivo de los participantes.

Figura 20

Porcentajes de los niveles del factor subjetivo por carrera profesional



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor subjetivo por carrera profesional.

La figura 20 evidencia la predominancia porcentual del nivel muy bajo del factor subjetivo por las carreras profesionales estudiadas por los trabajadores del hospital público de Tarma y, por ello, podemos concluir que, en el nivel severo de este factor, es menor la cantidad porcentual de total del estudio.

4.4.2. Niveles del factor neurofisiológico

4.4.2.1. Niveles del factor neurofisiológico-género

El análisis de frecuencias porcentuales como absolutas, en la tabla cruzada de los niveles del factor neurofisiológico con el género de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 26 evidencia ciento once participantes de género femenino, equivalente al 88,8 %, también, noventa mujeres muestran que el factor subjetivo del nivel muy bajo, representando el 75,2 %, por consiguiente, catorce mujeres del factor subjetivo del nivel moderado, equivale el 11,2 % y finalmente, tres mujeres del factor subjetivo del nivel severo, representa el 2,4 %. En cuanto a los profesionales del género masculino, se evidenció catorce participantes, representando el 11,2 %, asimismo, doce varones del factor subjetivo del nivel muy bajo, representa 9,6 %, y finalmente, dos trabajadores varones del factor subjetivo del nivel moderado, equivalente 1,6 %.

Tabla 26

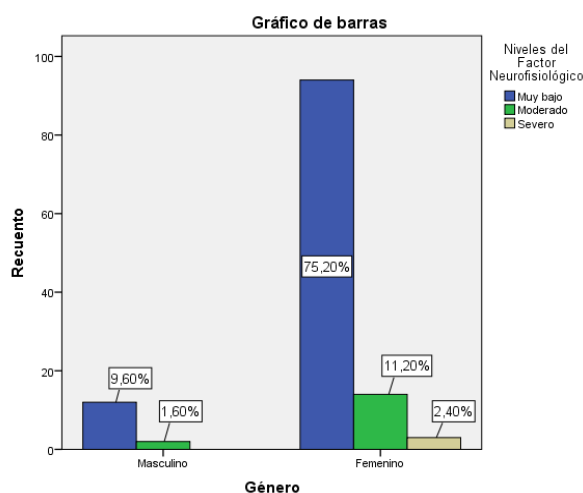
Tabla cruzada: género y niveles del factor neurofisiológico

		Niveles del factor neurofisiológico			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Género	Masculino	Recuento	12	2	0	14
		% del total	9,6 %	1,6 %	0,0 %	11,2 %
	Femenino	Recuento	94	14	3	111
		% del total	75,2 %	11,2 %	2,4 %	88,8 %
Total	Recuento	106	16	3	125	
	% del total	84,8 %	12,8 %	2,4 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de género y niveles del factor neurofisiológico de los participantes.

Figura 21

Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por género



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por género.

La figura 21 muestra la relevancia predominante del género femenino perteneciente al nivel muy bajo del factor neurofisiológico del estudio, por el contrario, el género masculino del nivel severo se observa que hay casos nulos de este factor.

4.4.2.2. Niveles del factor neurofisiológico-rango etario

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor neurofisiológico con rango etario de los participantes establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

Tal cual la tabla 27 muestra el rango etario de adultez media, setenta y seis participantes representan al 60,8 %, por ello, sesenta y ocho participantes evidencian que el factor neurofisiológico nivel muy bajo, representa al 54,4 %, también, siete participantes pertenecientes al rango etario de la adultez media del factor neurofisiológico nivel moderado, equivale el 5,6 % y finalmente, un participante del factor neurofisiológico nivel severo, representa el 0,8 %. Sin embargo, en el rango etario de adultez temprana, se observó treinta y seis participantes, representando el 28,8 %, por ende, veintisiete participantes del factor neurofisiológico nivel muy bajo, representa 21,6 %, también, siete participantes del factor neurofisiológico nivel moderado, equivalente 5,6 % y finalmente, dos participantes del factor neurofisiológico nivel severo, equivale al 1,6 %. De tal manera, en el rango etario de adultez tardía, se evidencia trece participantes, representando al 10,4 %, también, once participantes del factor neurofisiológico nivel muy bajo, teniendo como equivalencia 8,8 %, y finalmente, dos participantes del factor neurofisiológico nivel moderado, representando el 1,6 %.

Tabla 27

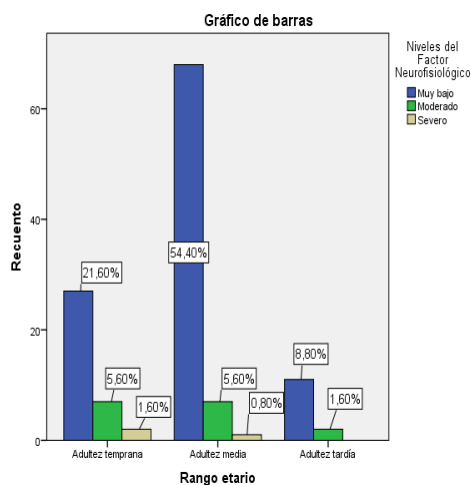
Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor neurofisiológico

			Niveles del factor neurofisiológico			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Rango etario	Adultez temprana	Recuento	27	7	2	36
		% del total	21,6 %	5,6 %	1,6 %	28,8 %
	Adultez media	Recuento	68	7	1	76
		% del total	54,4 %	5,6 %	0,8 %	60,8 %
	Adultez tardía	Recuento	11	2	0	13
		% del total	8,8 %	1,6 %	0,0 %	10,4 %
	Total	Recuento	106	16	3	125
		% del total	84,8 %	12,8 %	2,4 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de rango etario y niveles del factor neurofisiológico de los participantes.

Figura 22

Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por rango etario



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por rango etario.

En la muestra de la figura 22 evidencia más del 50 % de la cantidad del nivel muy bajo del factor neurofisiológico en el rango etario, haciendo una suma de 84,8 % del estudio, sin embargo, en el nivel severo de este factor, se muestra menor cantidad, representando el 2,4 %, y por la misma razón, en este nivel se observa casos nulos en el rango etario de adultez tardía.

4.4.2.3. Niveles del factor neurofisiológico-tipo de servicio

El análisis de frecuencias porcentuales como absolutas en la tabla cruzada de los niveles del factor neurofisiológico con el tipo de servicio de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 28 evidencia noventa personas que laboran en el servicio de hospitalización, representando el 72,0 %, asimismo, setenta y ocho trabajadores del servicio de hospitalización muestran el factor neurofisiológico nivel muy bajo, representando el 62,4 %, de la misma manera, nueve participantes del factor

neurofisiológico nivel moderado, equivalente al 7,2 % y tres trabajadores del servicio de hospitalización del factor neurofisiológico del nivel severo, representando el 2,4 %. De este modo, en el servicio ambulatorio, se evidencio treinta y cinco participantes, representando el 28,0 %, por ende, veintiocho trabajadores del servicio ambulatorio del factor neurofisiológico nivel muy bajo, representa 22,4 %, y finalmente, siete trabajadores del factor neurofisiológico nivel moderado, equivalente 5,6 %.

Tabla 28

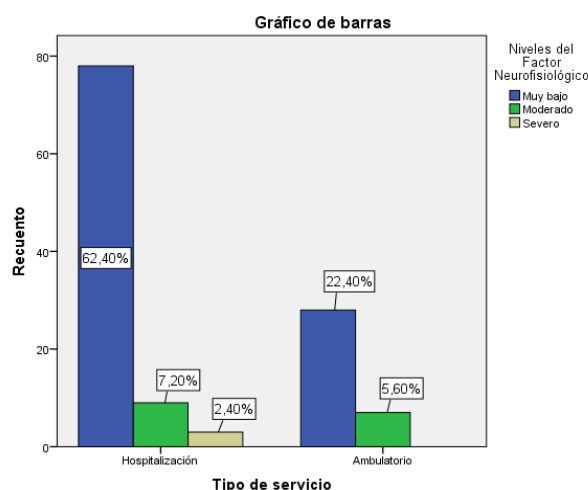
Tabla cruzada: Tipo de servicio y niveles del factor neurofisiológico

		Niveles del factor neurofisiológico			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Tipo de servicio	Hospitalización	Recuento	78	9	3	90
		% del total	62,4 %	7,2 %	2,4 %	72,0 %
	Ambulatorio	Recuento	28	7	0	35
		% del total	22,4 %	5,6 %	0,0 %	28,0 %
Total		Recuento	106	16	3	125
		% del total	84,8 %	12,8 %	2,4 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de tipo de servicio y niveles del factor neurofisiológico de los participantes.

Figura 23

Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por tipo de servicio



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por tipo de servicio.

La figura 23 muestra que la predominancia porcentual del nivel muy bajo del factor estudiado en el tipo de servicio con aproximadamente el 85 %, por consiguiente, la presencia del nivel moderado con aproximadamente el 20 % y finalmente, se registra que el nivel severo del factor neurofisiológico no existe ningún caso en el tipo de servicio ambulatorio de hospital público de Tarma.

4.4.2.4. Niveles del factor neurofisiológico-carrera profesional

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor neurofisiológico con carrera profesional de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 29 muestra sesenta seis trabajadores de la carrera de enfermería por lo que representa el 52,8 %, de tal manera, cincuenta y ocho trabajadores de enfermería del factor neurofisiológico nivel muy bajo, representa el 46,4 %, asimismo, siete trabajadores de enfermería del factor neurofisiológico nivel moderado, equivale el 5,6 % y un personal de enfermería del factor neurofisiológico nivel severo, representa el 0,8 %. Por lo contrario, los trabajadores de la carrera profesional técnico de enfermería, se evidencio cincuenta y nueve trabajadores, representando el 47,2 %, asimismo, cuarenta y ocho trabajadores técnicos de enfermería del factor neurofisiológico nivel muy bajo, representa 38,4 %, también, nueve trabajadores del factor neurofisiológico nivel moderado, equivalente 7,2 % y finalmente, dos trabajadores técnicos de enfermería del factor neurofisiológico nivel severo, representa el 1,6 %.

Tabla 29

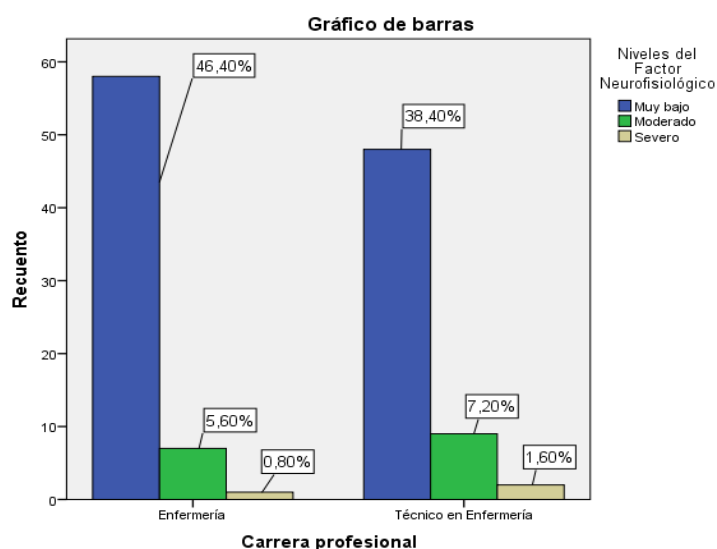
Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor neurofisiológico

		Niveles del factor neurofisiológico				
		Muy bajo	Moderado	Severo	Total	
Carrera profesional	Enfermería	Recuento	58	7	1	66
		% del total	46,4 %	5,6 %	0,8 %	52,8 %
	Técnico en Enfermería	Recuento	48	9	2	59
		% del total	38,4 %	7,2 %	1,6 %	47,2 %
Total		Recuento	106	16	3	125
		% del total	84,8 %	12,8 %	2,4 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de las carreras profesionales y niveles del factor neurofisiológico de los participantes.

Figura 24

Porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por carrera profesional



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor neurofisiológico por carrera profesional.

La figura 23 describe que más del 50 % del estudio representa el nivel muy bajo de la carrera de enfermería y técnico de enfermería, asimismo, se visualiza con menor cantidad porcentual del 2,4 %, representa el nivel severo de este factor.

4.4.3. Niveles del factor autonómico

4.4.3.1. Niveles del factor autonómico-género

La descripción de las frecuencias porcentuales como absolutas en la tabla cruzada de los niveles del factor autonómico con género de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 30 evidencia ciento once participantes de género femenino, equivalente al 88,8 %, también ciento cinco mujeres representan el factor autonómico del nivel muy bajo, equivalente al 84,0 %, y se concluyó que una mujer del factor autonómico del nivel moderado, representando el 0,8 %. En cuanto a los profesionales del género masculino, se evidenció catorce participantes, representando el 11,2 %, de la misma manera, trece varones del factor subjetivo del nivel muy bajo, representa 10,4 %, asimismo, dos trabajadores varones del factor subjetivo del nivel moderado, equivalente 1,6 % y finalmente, no se evidencia del factor subjetivo del nivel severo.

Tabla 30

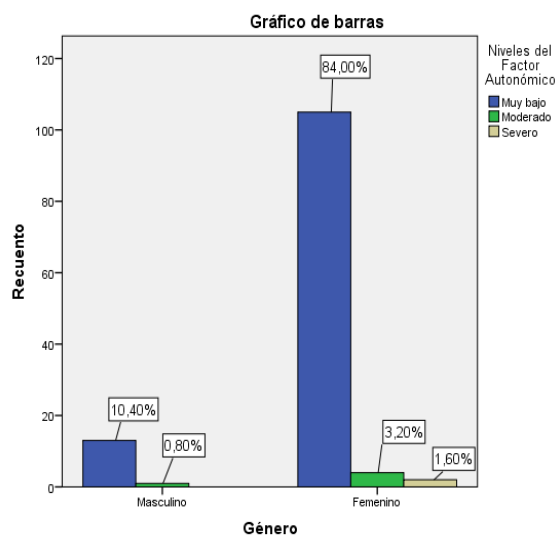
Tabla cruzada: género y niveles del factor autonómico

		Niveles del factor autonómico			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Género	Masculino	Recuento	13	1	0	14
		% del total	10,4 %	0,8 %	0,0 %	11,2 %
	Femenino	Recuento	105	4	2	111
		% del total	84,0 %	3,2 %	1,6 %	88,8 %
Total	Recuento	118	5	2	125	
	% del total	94,4 %	4,0 %	1,6 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de género y niveles del factor autonómico de los participantes.

Figura 25

Porcentajes de los niveles del factor autonómico por género



Nota. La figura muestra los niveles del factor autonómico por género.

La figura 25 describe que la relevancia predominante es del género femenino del muy bajo del factor estudiado, por el contrario, se visualiza que en el género masculino existen casos nulos en el nivel severo del factor autonómico.

4.4.3.2. Niveles del factor autonómico-rango etario

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor autonómico con rango etario de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

En tabla 31 del rango etario de adultez media muestra setenta y seis participantes representan al 60,8 %, asimismo, sesenta y tres participantes evidencian que el factor autonómico nivel muy bajo, equivale al 58,4 %, continuando, tres participantes pertenecientes al rango etario de la adultez media del factor autonómico nivel moderado, representa el 2,4 %. Por consiguiente, en el rango etario de adultez temprana, se observó treinta y seis participantes, representando el 28,8 %, también, treinta dos participantes del factor autonómico nivel muy bajo, representa 25,6 %, también, dos participantes del factor autonómico nivel moderado, equivalente 1,6 % y

finalmente, dos participantes del factor autonómico nivel severo, equivale al 1,6 %. Asimismo, en el rango etario de adultez tardía, se evidencia trece participantes, representando al 10,4 %, por el mismo motivo, trece participantes del factor neurofisiológico nivel muy bajo, teniendo como equivalencia 10,4 %.

Tabla 31

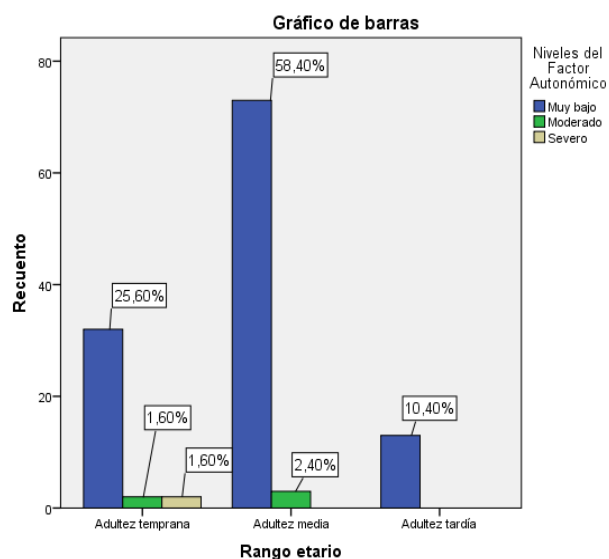
Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor autonómico

			Niveles del factor autonómico			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Rango etario	Adultez temprana	Recuento	32	2	2	36
		% del total	25,6 %	1,6 %	1,6 %	28,8 %
	Adultez media	Recuento	73	3	0	76
		% del total	58,4 %	2,4 %	0,0 %	60,8 %
	Adultez tardía	Recuento	13	0	0	13
		% del total	10,4 %	0,0 %	0,0 %	10,4 %
Total	Recuento	118	5	2	125	
	% del total	94,4 %	4,0 %	1,6 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de rango etario y niveles del factor autonómico de los participantes.

Figura 26

Porcentajes de los niveles del factor autonómico por rango etario



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor autonómico por rango etario.

La muestra de la figura 26 describe que el 90 % de la cantidad de estudio pertenece al nivel muy bajo del factor autonómico del rango etario, haciendo una suma de 94,4 % del estudio, sin embargo, el nivel severo de este factor, se muestra la menor cantidad, haciendo una suma de 2,4 %, y caso nulo en el nivel severo del rango etario adultez tardía.

4.4.3.3. Niveles del factor autonómico-tipo de servicio

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor autonómico con tipo de servicio de los participantes establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 32 muestra noventa personas que laboran en el servicio de hospitalización, representando el 72,0 %, por ello, ochenta y cinco trabajadores del servicio de hospitalización muestran el factor autonómico nivel muy bajo, representando el 68,0 %, asimismo, cuatro participantes del factor autonómico nivel moderado, equivalente al 3,2 % y un trabajador del servicio de hospitalización factor neurofisiológico nivel severo, representando el 0,8 %. Sin embargo, en el servicio ambulatorio, se evidencio treinta y cinco participantes, representando el 28,0 %, también, treinta y tres trabajadores del servicio ambulatorio factor autonómico nivel muy bajo, representa 26,4 %, por consiguiente, un trabajador del factor autonómico nivel moderado, equivalente 0,8 % y finalmente, un trabajador del factor autonómico nivel severo, representa el 0,8 %.

Tabla 32

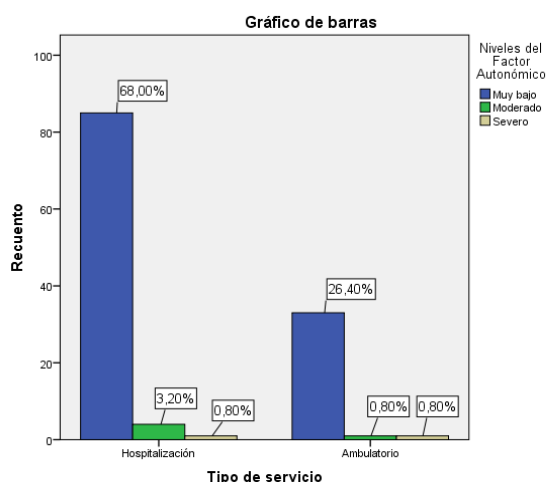
Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles del factor autónomico

			Niveles del Factor Autónomico			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Tipo de servicio	Hospitalización	Recuento	85	4	1	90
		% del total	68,0 %	3,2 %	0,8 %	72,0 %
	Ambulatorio	Recuento	33	1	1	35
		% del total	26,4 %	0,8 %	0,8 %	28,0 %
Total		Recuento	118	5	2	125
		% del total	94,4 %	4,0 %	1,6 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de tipo de servicio y niveles del factor autónomico de los participantes.

Figura 27

Porcentajes de los niveles del factor autónomico por tipo de servicio



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor autónomico por tipo de servicio.

La figura 27 describe que la predominancia absoluta del nivel muy bajo del factor estudiado es aproximadamente el 94 %, por el contrario, la presencia del nivel moderado y severo es poco significativa en el tipo de servicio ambulatorio del hospital público de Tarma.

4.4.3.4. Niveles del factor autonómico-carrera profesional

El análisis de frecuencias porcentuales como absolutas en la tabla cruzada de los niveles del factor autonómico con carrera profesional de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

Tal cual en la tabla 33 evidencia sesenta seis trabajadores de la carrera de enfermería por lo que es equivalente al 52,8 %, de tal manera, sesenta y uno trabajadores de enfermería del factor autonómico nivel muy bajo, representa el 48,8 %, también, cuatro trabajadores de enfermería del factor autonómico nivel moderado, equivale el 3,2 % y un personal de enfermería del factor autonómico nivel severo, representa el 0,8 %. Por consiguiente, los trabajadores de la carrera profesional técnico de enfermería, se evidencio cincuenta y nueve trabajadores, representando el 47,2 %, por ende, cincuenta y siete trabajadores técnicos de enfermería del factor autonómico nivel muy bajo, representa 45,6 %, también, un trabajador del factor autonómico nivel moderado, equivalente 0,8 % y finalmente, un trabajador técnico de enfermería del factor autonómico nivel severo, representa el 0,8 %.

Tabla 33

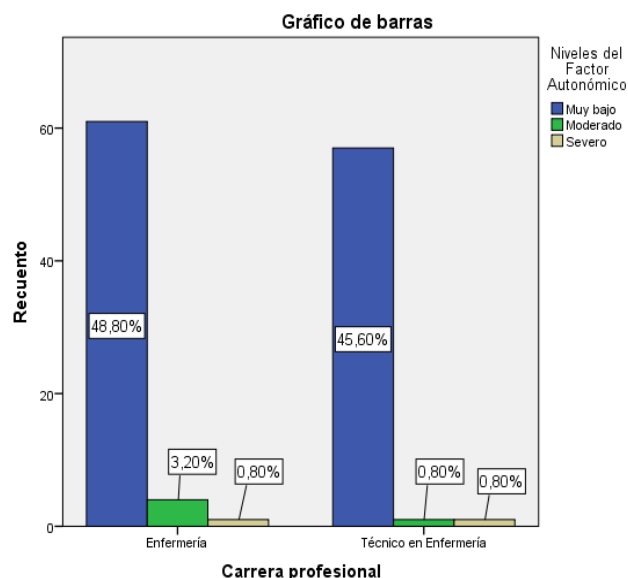
Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor autonómico

			Niveles del factor autonómico			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Carrera profesional	Enfermería	Recuento	61	4	1	66
		% del total	48,8 %	3,2 %	0,8 %	52,8 %
Carrera profesional	Técnico en Enfermería	Recuento	57	1	1	59
		% del total	45,6 %	0,8 %	0,8 %	47,2 %
Total		Recuento	118	5	2	125
		% del total	94,4 %	4,0 %	1,6 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de carrera profesional y niveles del factor autonómico de los participantes.

Figura 28

Porcentajes de los niveles del factor autonómico por carrera profesional



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor autonómico por carrera profesional

La figura 28 describe que el 94 % del estudio representa el nivel muy bajo de la carrera de enfermería y técnico de enfermería, por el contrario, el nivel moderado y severo se visualiza con menor cantidad porcentual aproximadamente del 6 % del factor autonómico.

4.4.4. Niveles del factor autonómico

4.4.4.1. Niveles del factor síntomas vasomotoras-género

El análisis de frecuencias porcentuales de la tabla cruzada de los niveles del factor síntomas vasomotoras con el género de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 34 evidencia ciento once participantes de género femenino, equivalente al 88,8 %, asimismo, ochenta y cuatro mujeres representan que el factor síntomas vasomotoras del nivel muy bajo, representando el 67,2 %, también, veintitrés mujeres del factor síntomas vasomotoras del nivel moderado, representando el 18,4 %

y finalmente, cuatro mujeres del factor síntomas vasomotoras del nivel severo, equivalente al 3,2 %. En cuanto a los profesionales del género masculino, se observó catorce participantes, representando el 11,2 %, en consecuencia, diez varones del factor subjetivo del nivel muy bajo, representa 8,0 %, y se concluyó que cuatro varones del factor síntomas vasomotoras del nivel moderado, equivalente 3,2 %.

Tabla 34

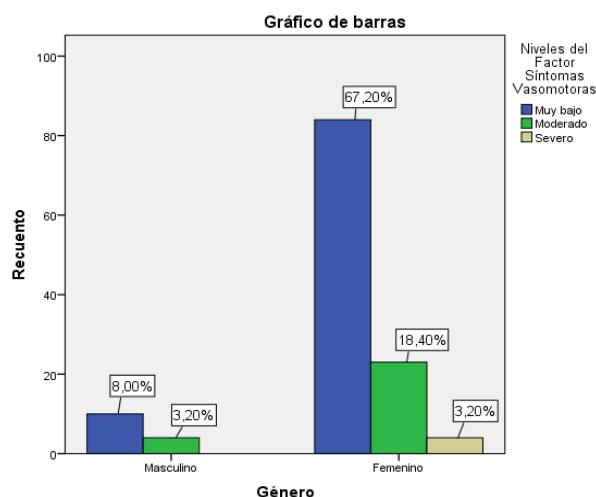
Tabla cruzada: género y niveles del factor síntomas vasomotoras

		Niveles del factor síntomas vasomotoras			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Género	Masculino	Recuento	10	4	0	14
		% del total	8,0 %	3,2 %	0,0 %	11,2 %
	Femenino	Recuento	84	23	4	111
		% del total	67,2 %	18,4 %	3,2 %	88,8 %
Total	Recuento	94	27	4	125	
	% del total	75,2 %	21,6 %	3,2 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de género y niveles del factor síntomas vasomotoras de los participantes.

Figura 29

Porcentajes de los niveles del factor autonómico por carrera profesional



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por género.

La figura 29 muestra que la cantidad porcentual más significativa es del género femenino del factor estudiado, por el contrario, en el género masculino se visualiza que el nivel muy bajo y modera, describen un porcentaje mínimo y finalmente, el nivel severo no existe casos en los trabajadores del hospital público de Tarma.

4.4.4.2. Niveles del factor síntomas vasomotoras-rango etario

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor síntomas vasomotoras con rango etario de los participantes, establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 35 del rango etario de adultez media evidencia setenta y seis participantes que representan al 60,8 %, por ello, cincuenta y nuevas participantes muestran que el factor síntomas vasomotoras nivel muy bajo, equivale al 47,2 %, también, trece participantes pertenecientes al rango etario de la adultez media del factor autonómico nivel moderado, representa el 10,4 % y finalmente, cuatro participantes del factor autonómico nivel severo, representando el 3,2 %. También, en el rango etario de adultez temprana, se observó treinta y seis participantes, representando el 28,8 %, también, veinticinco participantes del factor síntomas vasomotoras nivel muy bajo, representa 20,0 %, y se concluyó, once participantes del factor síntomas vasomotoras nivel moderado, equivalente 8,8 %. Por consiguiente, en el rango etario de adultez tardía, se evidencia trece participantes, representando al 10,4 %, asimismo, diez participantes del factor síntomas vasomotoras nivel muy bajo, teniendo como equivalencia 8,0 %, y finalmente, tres participantes del factor síntomas vasomotoras nivel moderado, representando el 2,4 %.

Tabla 35

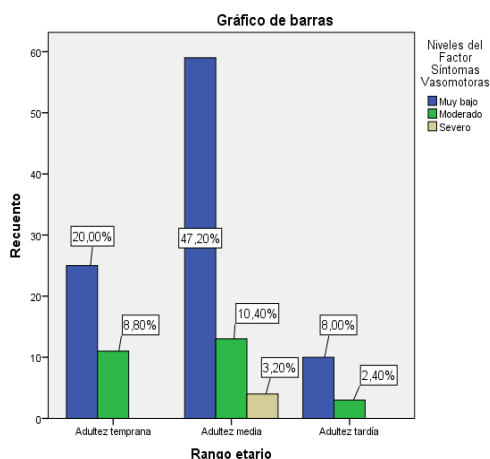
Tabla cruzada: rango etario y niveles del factor síntomas vasomotoras

		Niveles del factor síntomas vasomotoras				
		Muy bajo	Moderado	Severo	Total	
Rango etario	Adulthood temprana	Recuento	25	11	0	36
		% del total	20,0 %	8,8 %	0,0 %	28,8 %
	Adulthood media	Recuento	59	13	4	76
		% del total	47,2 %	10,4 %	3,2 %	60,8 %
	Adulthood tardía	Recuento	10	3	0	13
		% del total	8,0 %	2,4 %	0,0 %	10,4 %
Total	Recuento	94	27	4	125	
	% del total	75,2 %	21,6 %	3,2 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de rango etario y niveles del factor síntomas vasomotoras de los participantes.

Figura 30

Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por rango etario



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por rango etario.

En la muestra de la figura 30 evidencia más del 50 % de la cantidad del nivel muy bajo del factor neurofisiológico en el rango etario, haciendo una suma de 84,8 % del estudio, sin embargo, en el nivel severo de este factor, se muestra menor cantidad, representando el 2,4 %, y por la misma razón, en este nivel se observa casos nulos en el rango etario de adulthood tardía.

4.4.4.3. Niveles del factor síntomas vasomotoras-tipo de servicio

El análisis de frecuencias porcentuales como absolutas en la tabla cruzada de los niveles del factor síntomas vasomotoras con tipo de servicio de los participantes establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 36 muestra noventa personas que laboran en el servicio de hospitalización, representando el 72,0 %, asimismo, sesenta y ocho trabajadores del servicio de hospitalización evidencian el factor síntomas vasomotoras nivel muy bajo, representando el 54,4 %, igualmente, veintiún participantes del factor síntomas vasomotoras nivel moderado, equivalente al 16,8 % y un trabajador del servicio de hospitalización del factor síntomas vasomotoras del nivel severo, representando el 0,8 %. Sin embargo, en el servicio ambulatorio, se evidencio treinta y cinco participantes, representando el 28,0 %, también, veintiséis trabajadores del servicio ambulatorio del factor síntomas vasomotoras nivel muy bajo, representa 20,8 %, por consiguiente, seis trabajadores del factor síntomas vasomotoras nivel moderado, equivalente 4,8 % y finalmente, tres trabajadores del servicio ambulatorio del factor síntomas vasomotoras nivel severo, representa el 2,4 %.

Tabla 36

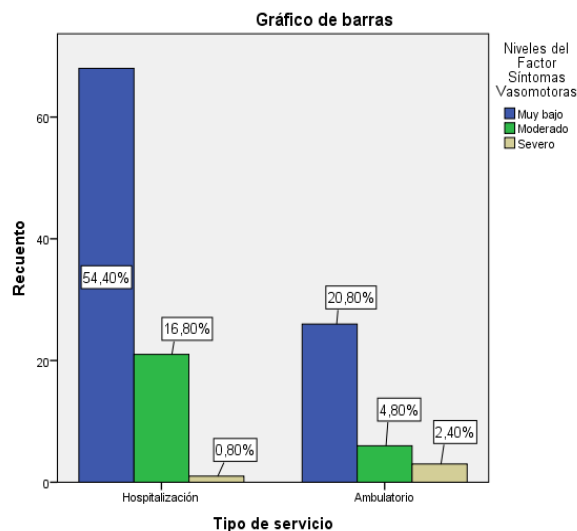
Tabla cruzada: tipo de servicio y niveles del factor síntomas vasomotoras

			Niveles del factor síntomas vasomotoras			Total
			Muy bajo	Moderado	Severo	
Tipo de servicio	Hospitalización	Recuento	68	21	1	90
		% del total	54,4 %	16,8 %	0,8 %	72,0 %
	Ambulatorio	Recuento	26	6	3	35
		% del total	20,8 %	4,8 %	2,4 %	28,0 %
Total	Recuento	94	27	4	125	
	% del total	75,2 %	21,6 %	3,2 %	100,0 %	

Nota. La tabla representa las frecuencias de tipo de servicio y niveles del factor síntomas vasomotoras de los participantes.

Figura 31

Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por tipo de servicio



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por tipo de servicio.

La figura 31 muestra que la cantidad porcentual del nivel muy bajo del factor estudiado del tipo de servicio es el 75 %, sin embargo, la cantidad porcentual del nivel moderado y severo del factor neurofisiológico es menor al 26 % aproximadamente.

4.4.4.4. Niveles del factor síntomas vasomotoras-carrera profesional

La descripción de la tabla cruzada de los niveles del factor síntomas vasomotoras con carrera profesional de los participantes establece las diferencias existentes entre relación a la muestra de estudio.

La tabla 37 muestra sesenta seis trabajadores de la carrera de enfermería por lo que es equivalente al 52,8 %, de tal manera, sesenta y uno trabajadores de enfermería del factor autonómico nivel muy bajo, representa el 48,8 %, también, cuatro trabajadores de enfermería del factor autonómico nivel moderado, equivale el 3,2 % y un personal de enfermería del factor autonómico nivel severo, representa el 0,8 %.

Por consiguiente, los trabajadores de la carrera profesional técnico de enfermería, se evidencio cincuenta y nueve trabajadores, representando el 47,2 %, por

ende, cuarenta y cuatro trabajadores técnicos de enfermería del factor autonómico nivel muy bajo, representa 35,2 %, y para concluir, quince trabajadores del factor autonómico nivel moderado, equivalente 12,0 %.

Tabla 37

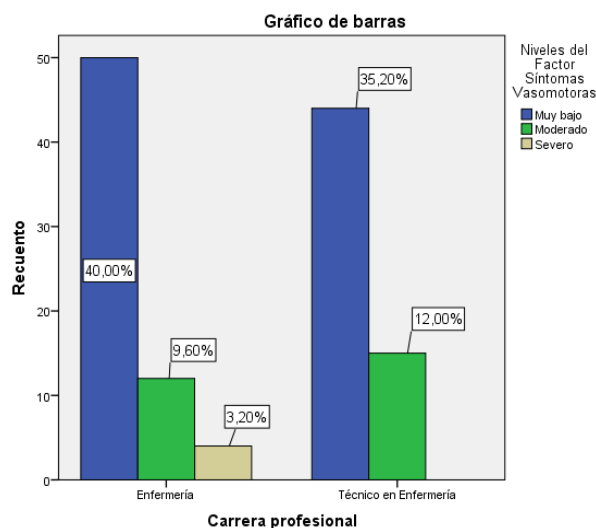
Tabla cruzada: carrera profesional y niveles del factor síntomas vasomotoras

		Niveles del factor síntomas vasomotoras			Total	
		Muy bajo	Moderado	Severo		
Carrera profesional	Enfermería	Recuento	50	12	4	66
		% del total	40,0 %	9,6 %	3,2 %	52,8 %
	Técnico en Enfermería	Recuento	44	15	0	59
		% del total	35,2 %	12,0 %	0,0 %	47,2 %
Total		Recuento	94	27	4	125
		% del total	75,2 %	21,6 %	3,2 %	100,0 %

Nota. La tabla representa las frecuencias de carrera profesional y niveles del factor síntomas vasomotoras de los participantes.

Figura 32

Porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por carrera profesional



Nota. La figura muestra los porcentajes de los niveles del factor síntomas vasomotoras por carrera profesional

La figura 32 describe que el 75 % del estudio representa al nivel muy bajo de la carrera de enfermería y técnico de enfermería, sin embargo, el nivel severo no se visualiza ningún caso del factor síntomas vasomotoras del estudio de la muestra.

4.5. Discusión de Resultados

Se realizó el análisis de estadística descriptiva para ilustrar las características demográficas y otras características seleccionadas de los participantes, además del análisis de los resultados arribando respecto a la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck. En esta parte de la investigación se dieron a conocer los principales resultados de los niveles de ansiedad, lo que permitió identificar las características del total del estudio, tomando como referencia la edad, género, tipo de servicio y carrera profesional del personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de la ciudad de Tarma.

La presente investigación tiene como objetivo general describir los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma. En la presente se halló una prevalencia de un 67,2 %, lo cual no presenta niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería. Nuestra investigación coincide con el resultado del estudio de Morán y Rosas (2021), donde se halló un 46.96 % que no presentó ansiedad. Asimismo, cabe resaltar que la ansiedad es una reacción normal, por lo que, genera una percepción errónea de un hecho de la realidad, es así que, si se mantiene a través en tiempo podría manifestarse en condiciones normales, ya que implica la anticipación hacia el futuro de una amenaza o peligro (como se citó en Beck, 2000).

Por otro lado, el 23,2 % evidenció un nivel ansiedad leve, dicho resultado se relaciona con su estudio de Ticllacuri y Rojas (2022) donde el 33,8 % del personal

asistencial del Hospital Departamental Huancavelica presenta ansiedad leve. Este nivel según Peplau, siendo en este nivel la intensidad mínima de sintomatología, se evidencian ciertos cambios conductuales, sin embargo, son superados fácilmente (como se citó en Gonzales, 2007). Y para Martínez y Cerna, el individuo está atento a su entorno, pero puede controlar la situación, por ello, la percepción y observación están en funcionamiento ante una amenaza o peligro (como se citó en Cardenas y Colqui, 2022).

Con respecto al nivel de ansiedad moderada, se obtuvo que el 8,8 % presenta sintomatología a nivel moderado, asemejándose con los resultados de la investigación de Paredes (2022), mostrando que el 24,6 %, evidencia ansiedad en un nivel de moderada a grave. Este nivel según Peplau, menciona que el sujeto experimenta duda, aprehensión y nervios, es poco consciente de lo que sucede a su alrededor (como se citó en Gonzales, 2007). Y para Martínez y Cerna, el individuo experimenta limitaciones a nivel de su percepción (como se citó en Cardenas y Colqui, 2022).

Finalmente, el 0,8 % mostró un nivel de ansiedad grave, por el contrario, en el estudio de Solís y Tripul (2022), en lo cual se registra un 9,9 % del personal de salud que evidencia ansiedad severa. Siendo este nivel según Peplau, donde la actividad mental es elevada y el sujeto tiene la tendencia a distorsionar la realidad y escapar del acontecimiento (como se citó en Gonzales, 2007). Y para Martínez y Cerna, la percepción del individuo disminuye, por lo que, no es consciente ante su realidad y presenta alteración en su atención y concentración (como se citó en Cardenas y Colqui, 2022). Se obtuvo estos resultados debido a la cronología del acontecimiento de la pandemia, ya que nuestro estudio fue llevado a cabo al término de la cuarta ola, donde disminuyeron los casos y se contaba con la protección de las vacunas; por lo contrario,

al principio de la pandemia el personal de salud presentaba indicios de ansiedad según diversos antecedentes, debido a la incertidumbre de falta de conocimiento de la COVID-19 y recursos necesarios, presentándose pensamientos anticipatorios a este.

Por otra parte, respecto al primer objetivo específico, los niveles de ansiedad según el sexo, el 60 % de mujeres no evidencia ansiedad y el 28,8 % evidencian niveles de ansiedad, tanto leve, moderado y grave; por el contrario, el 4 % de varones manifiestan ansiedad en nivel leve y moderado. Estos resultados concuerdan con lo hallado en el estudio de Cardenas y Colqui (2022), teniendo como resultado el mayor porcentaje en el sexo femenino. Además, según Scholten (2015), el sexo femenino tiene 2 veces mayor probabilidad de presentar ansiedad a comparación que los varones.

Con respecto a la edad, se identifica la prevalencia en el rango etario de adultez media (40 a 65 años), donde el 43,2 % no presentan ansiedad y el 17,6 % presenta ansiedad leve y moderada. En este rango etario, según Papalia (2009), en la adultez media comienza un deterioro de las funciones cognitivas y habilidades, continúa el desarrollo de la identidad; se experimenta cambios a nivel psicológico y físico. Dichos resultados se asemejan con el estudio de Cardenas y Colqui (2022), donde el mayor porcentaje del personal de salud que desarrollo ansiedad se encuentra en los parámetros de 30 y 50 años.

Con respecto a los niveles de ansiedad en el tipo de servicio que realiza el personal, se identificó en el personal de hospitalización, evidencia una prevalencia del 50,4 % quienes no presentan ansiedad y un 21,6 % presenta sintomatología ansiosa, tanto en nivel leve, moderado y grave. Lo cual concuerda con los resultados de Cardenas y Colqui (2022), donde mencionan que en el área de hospitalización los trabajadores en primera línea de la atención a pacientes con COVID-19 se ven en mayor

riesgo de presentar síntomas de ansiedad. Como menciona Morelos et al. (2014), sus funciones del personal de salud en su vida cotidiana evidencia tener mayor predisposición en desarrollar enfermedades y por la cual predisponen a presentar factores de riesgo.

En cuanto a la carrera profesional, se evidencia un mayor porcentaje en el personal de enfermería, el 35,2 % no evidencia síntomas ansiosos y un 17,6 % muestra algún síntoma de ansiedad; al igual como menciona Aguilar (2021), donde el 98,8 % de enfermeras manifestó diferentes niveles de sintomatología ansiosos y existe relación con el tiempo de permanencia en áreas COVID-19. Así mismo, en estudios como el de Lozano (2020), se sostiene que en el país de origen de este virus se mostró que la tasa de ansiedad se presentó en el 23,4 % del personal de salud, siendo mayor porcentaje en mujeres y mayor en enfermeras en comparación con médicos.

En cuanto a los factores de la ansiedad, Beck y Steer (1991) realizan la validación del instrumento, cuya principal aportación fue el análisis factorial que tuvo como resultado cuatro factores.

Los resultados del factor subjetivo se registran que el 76,8 % de trabajadores evidencian un nivel muy bajo, el 23,2 % evidencian un nivel moderado y severo. Como menciona Gasulla (2007), las sensaciones subjetivas son aquellas que la persona refiere haber experimentado en su cuerpo, las cuales no pueden ser precisadas por el personal de salud, por ello es difícil de comprobar. Asimismo, Beck y Steer (1991) aluden que las personas que suscitan por este factor muchas veces no pueden llegar a relajarse, presentando miedo y temor a una situación negativa o llegar a perder el control, sintiendo nerviosismo e intranquilidad.

El factor neurofisiológico se registra en el 84,8 % del personal de salud que evidencian un nivel muy bajo, el 15,2 % evidencian un nivel moderado y severo. Este factor según Gómez (2007) refiere que la neurofisiología hace referencia al funcionamiento del cerebro junto a los procesos neuronales, los cuales intervienen en el instante de experimentar angustia los cuales afectan al cuerpo. También, Beck y Steer (1991) mencionan que los síntomas más frecuentes son los mareos y desmayos, presentando temblores, debilitamiento, entumecimiento en el cuerpo.

El factor autonómico registra el 94,4 % de trabajadores que evidencian un nivel muy bajo, el 5,6 % evidencian un nivel moderado y severo. Según los autores Carrobles y Buela-Casal (1997) y Vila (1998, 2004), el nivel de estimulación autonómico con respecto a la ansiedad se refiere a la reacción eléctrica generada en la piel y la acción cardiovascular: pulso cardíaco y tensión arterial (como se citó en Díaz-Kuaik y de la Iglesia, 2019, p. 44). Además, Beck y Steer (1991) describen que las personas presentan sensaciones de calor, problemas gastrointestinales, sudoración y enrojecimiento.

El factor síntomas vasomotores, el 75,2 % evidencia un nivel muy bajo, el 24,8 % evidencian un nivel moderado y severo. Como sostiene Carvajal-Lohr et al. (2016), los síntomas vasomotores se presentan como acaloramiento o bochornos, sofocos y sudoraciones, los cuales es posible que sean momentáneos, engorroso y en algunos casos hasta discapacitantes (p. 40). Además, Beck y Steer (1991) mencionan que este factor incluye la dificultad para respirar, aceleración de las palpitaciones y sensación de asfixia.

Estos resultados concuerdan con la investigación de Aguilar (2021), donde menciona que la sintomatología más recurrente fue el insomnio, temores, depresión, indicios somáticos musculares, asociado a los factores existentes de nuestra

investigación, y concluyó, que los grados de ansiedad en enfermeras varían de acuerdo a los síntomas mencionados.

Por último, en el análisis de los resultados de nuestra investigación, se observó que de acuerdo a los estudios previos durante la primera ola ocasionó un impacto negativo en el personal de enfermería y técnico de enfermería, que provoca índices elevados de ansiedad, los cuales afectan su desenvolvimiento no solo laboral, sino también social y familiar, lo que asemeja a lo mencionado por Arce (2020), mostrando que el grupo etario, género, estado civil, la sobrecarga horaria, el grupo ocupacional, el malestar laboral no representó un causante a la presencia de síntomas ansiosos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados que se registró en esta presente investigación, se obtuvo las siguientes conclusiones en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de la ciudad de Tarma:

1. Se concluyó relevancia en el nivel de no ansiedad, asumiendo la mayor prevalencia en esta investigación, representando un 67,2 %, seguido del nivel de ansiedad leve con un 23,2 %, asimismo, del nivel de ansiedad moderado con un 8,8 % y finalmente, un nivel grave de ansiedad con un 0,8 % en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma (tabla 12).
2. Con respecto al género de la muestra, se evidenció un nivel de ansiedad nula en el género femenino, equivalente al 88,8 % perteneciendo a los niveles de no ansiedad, leve, moderado y grave. En el género masculino, se presenta el 11,2 % concernientes a los niveles de no ansiedad, leve y moderado del personal en el enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de Tarma (tabla 13)
3. Con respecto al rango etario, mostró mayor prevalencia en el nivel de no ansiedad. Por lo que podemos decir que en rango etario de adultez temprana se registra un 28,8 % referentes a los niveles de no ansiedad, leve moderado y grave. En el rango etario de adultez media, se registra el 60,8 % entre los niveles de no ansiedad, leve y moderado. Por último, en el rango etario de adultez tardía se registra el 10,4 % entre los niveles de no ansiedad y leve en el personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de Tarma (tabla 14)
4. Con respecto al tipo de servicio, existe mayor incidencia de personal que no presentó ansiedad. En el personal de hospitalización se registra el 72,0 % entre los niveles de no ansiedad, leve, moderado y grave. En el tipo de servicio

ambulatorio se registra un 28,0 % entre los nos niveles de no ansiedad, leve y moderado en el personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de Tarma (tabla 16)

5. Con respecto a la carrera profesional, se destacó el nivel de no ansiedad en ambas carreras. En el personal de enfermería que registra el 52,8 % entre los niveles de no ansiedad, leve y moderado. Por otra parte, en los técnicos de enfermería se registra el 47,2 % entre los niveles de no ansiedad, leve, moderado y grave en el personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de Tarma (tabla 17).
6. Se concluyó que el factor subjetivo el personal de salud muestra prevalencia en el nivel muy bajo con el 76,8 %, por lo contrario, se agrupa el nivel moderado y severo representando el 23,2 % del total.
7. Con respecto al factor neurofisiológico, se evidencia un nivel muy bajo en el personal de salud con el 84,8 % del total, y agrupando el nivel moderado y severo equivalente al 15,4 %.
8. Con respecto al factor autonómico, el personal de salud evidencia prevalencia en el nivel muy bajo con el 94,4 %, por otra parte, agrupando el nivel moderado y severo se registra un 5,6 % del total.
9. Con respecto al factor síntomas vasomotores, se registra un 75,2 % en el nivel muy bajo, sin embargo, el 24,8 % se agrupa en el nivel moderado y severo.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta nuestra discusión y conclusiones de este trabajo de investigación, se recomienda lo siguiente:

1. Realizar programas de promoción, prevención mediante talleres, los cuales puedan fortalecer la reacción frente a situaciones estresantes, además de la interacción de los compañeros de trabajo, habilidades personales y sociales, dirigido al personal de enfermería y técnicos de enfermería del hospital público de Tarma con la finalidad de brindar herramientas necesarias de afrontamiento.
2. Ampliar la presente investigación con la misma metodología descriptiva, que permita obtener un resultado más amplio y contrastar si existe alguna secuela con respecto a la pandemia por el COVID-19 en la población estudiada en la ciudad de Tarma.
3. Elaborar investigaciones dirigidas a esta variable para generar nuevos conocimientos en diferentes contextos y características.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. (2021). *Nivel de ansiedad del personal de enfermería en tiempos de COVID-19, Hospital Marco Vinicio Iza 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11701>
- Álvarez, J. (2015). *Nivel de estrés que generan los factores laborales en la enfermera durante la atención que brinda la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2014*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/2088>
- American Psychiatric Association -APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5 ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anticona, E. y Maldonado, M. (2017). *Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo -2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1546>
- Arce, M. (2020). *Factores Asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas COVID*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6711>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la investigación científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Arnett, J. (2007). Emerging Adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A. y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. y Steer, R. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders. University of Pennsylvania Medical School*, 5, 213-223. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(91\)90002-B](https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90002-B)
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Argentina: Gedisa.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill. (Vol. II).

- Butler, R. (1989). *Psiquiatría y psicología de la madurez*. En Kaplan, H. y Sadock, B. (2 ed.), *Tratado de Psiquiatría (1939-1948)*. Masson.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI. (Vol. I).
- Cardenas, F. y Colqui, K. (2022). *Asociación entre el trabajo en áreas COVID-19 y no COVID-19 con ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" de Huancayo en el año 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11310>
- Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Marin, S. y Morales, C. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *México: Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.003>
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2000). *Guía de bolsillo de clasificación de la clasificación*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- De Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: Una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 30-45. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- Díaz, B. y Solís, C. (2019). *Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio Institucional. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1892>
- Díaz-Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances. *Revista Evaluar*, 19(1), 43-58. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Ellis, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée.
- Forero, A., Castillo, J., Díaz, J. y Triana, K. (2020). *Niveles de ansiedad en el personal asistencial de la salud en Colombia*. [Tesis de postgrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12453/5/TE.RLA_CastilloJulia-ForeroAndres-TrianaKristhian-DiazJulie_2021.pdf
- Gasulla, J. (2007). Los elementos fundamentales de la clínica: El síntoma y el signo. *Interpsiquis*. 8, 1-45 <http://psiqu.com/1-3537>
- Plataforma digital única del Estado Peruano (2023, 15 de enero). Conocer establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención. *Gobierno del Perú*. <https://www.gob.pe/16727-conocer-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion>

- Gómez, M. y Terol, E. (2003). Cuidado de enfermería al donante-comunidad. Perspectiva global del trabajo enfermero en el centro regional de transfusión sanguínea de Málaga. *Enfermería Docente*, 77,13-21. <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-77-04.pdf>
- Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos*, 9,101-119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229790>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3),578-594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* México: Mc Graw Hill.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37 (2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Ingratoci, D. (2028, 19 de julio). Perú tiene 12,8 médico por cada 10.000 habitantes, muy debajo de países OCDE. *TRT Español*. <https://www.trt.net.tr/espanol/vida-y-salud/2018/06/19/peru-tiene-12-8-medicos-por-cada-10-000-habitantes-muy-abajo-de-paises-ocde-995479>
- 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. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1),51–56. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Ministerio de Salud. (2021). *Tiempos de pandemia 2020-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan Estratégico Institucional PEI 2019-2023 Ampliado*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1198959/plan-estrategico-institucional-del-ministerio-de-salud-al-2023.pdf>
- Morelos, R., Ramírez, M., Sánchez, G., Chavarín, C., y Meléndez, E. (2014). El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad. México. *Revista de la Facultad de Medicina*,57(4),34-42. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400034&lng=es&tlng=es.
- Morán, E. y Rosas, M. (2021). *Niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la región Arequipa-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10900>

- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú*. <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-COVID-19-peru>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Orozco, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX*, 497-507. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill. (12 ed.).
- Paredes, K. (2022). *Niveles de ansiedad y depresión del personal de enfermería del Área COVID-19 de un hospital de Huanta, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11087>
- Rodríguez, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Editorial Polemos. (1 ed.)
- Ruiz, A., Díaz, I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Scholten, A. (2015). Factores de Riesgo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD). *Western New York*. <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=123057>
- Solís, D. y Tripul. M. (2022). *Análisis del trastorno de ansiedad en personal de salud que atiende en primera línea a pacientes con COVID-19, y su correlación con las características sociodemográficas y laborales del personal de salud*. [Tesis de posgrado, Escuela Superior Politécnica del Litoral]. Repositorio Institucional. <https://dspace.espol.edu.ec/xmlui/handle/123456789/52492>
- Ticllacuri, M. y Rojas, S. (2022). *Niveles de ansiedad en personal asistencial del área emergencia y unidad de cuidados intensivos COVID-19 del Hospital Departamental Huancavelica-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes].
- Urquiza, R. (2022, 02 de marzo). No hay presupuesto para contratar más brigadas de vacunación COVID, alerta Colegio Médico. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/no-hay-presupuesto-para-contratar-mas-brigadas-de-vacunacion-covid-alerta-colegio-medico-video-COVID-19-rmmn-noticia/?ref=gesr>

- Vasquez, O., Castillo, E., García, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con Cáncer. *Revistas Científicas Complutenses*, 12(1), 51-58.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903
- Zapata, R., Cano, A. y Moyá, J. (2010). Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis*, 23(5), 185-197.
http://madrid.quned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestariivj2.pdf

ANEXO I

Acta de aprobación del comité de ética en investigación



Huancayo, 12 de septiembre de 2022

OFICIO N° 190-2022-CE-FH-UC

Señor(es):

BACH. ELIZABETH DEL CARMEN CARDOSO ARROYO
BACH. MILENA SHEYLA AGUILAR GUTIERREZ

Presente-

EXP. 190- 2022

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE TARMA EN TIEMPOS DE COVID 19 - 2022", 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 Ríos Cataño**
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

ANEXO II

Modelo de consentimiento informado

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería, este es un estudio que será desarrollado por la Facultad de Psicología de la Universidad Continental.

La evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es sencilla, se realizará a través de preguntas que usted responderá con la mayor honestidad, y se le dará algunas otras indicaciones con respecto a la prueba, el tiempo de la aplicación será de 10 minutos aproximadamente, también puede parar con el desarrollo de la prueba en el momento que lo necesite

Si decide participar en este estudio, se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Riesgos:

La aplicación del instrumento no demandará ningún riesgo para su salud.

Beneficios:

Se beneficiará de una evaluación clínica, se dará a conocer de manera personal y con la confidencialidad debida los resultados que se alcanzaron de la prueba realizada. Los costos y el análisis de esta serán cubiertos por el estudio y no le causarán gasto alguno

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin que ello ocasione ningún perjuicio para usted.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos

Nombres y Apellidos

Milena Sheyla Aguilar Gutierrez

Elizabeth del Carmen Cardoso Arroyo

Participante

Investigadores

Fecha y Hora

Fecha y Hora

ANEXO III

Autorización de la institución donde se han recolectado los datos



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Tarma, 11 de agosto de 2022.

CARTA N° 0023-2022-GRJ/DIRESA/RIST/UADI

Srtas.:

**Milena Sheyla AGUILAR GUTIERREZ
Elizabeth del Carmen Cardoso Arroyo**

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

De mi especial Consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente a nombre del Hospital Félix Mayorca Soto-Red de Salud Tarma y a la vez en atención al documento presentado por su persona, donde solicitan permiso para realizar el trabajo de investigación titulado **“NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL PUBLICO DE TARMA EN TIEMPOS DE COVID19 - 2022”**, comunico que se **AUTORIZA** el acceso a la institución para desarrollar el trabajo de Investigación; el cual deberá realizarse en coordinación con la Jefatura del Departamento de Enfermería en relación a los horarios y así poder cumplir con los objetivos programados.

Asimismo, a la culminación de su investigación deberá presentar un informe de los hallazgos y conclusiones.

Agradeciendo anticipadamente la atención a la presente, aprovecho la ocasión para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Juan C. Gasmarrá Rojas
Obst. Juan C. Gasmarrá Rojas
DIRECTOR EJECUTIVO
C.O.P. N° 21029

JCGR/rcacl
C.C: Archivo

Reg.Doc.	05931254
Reg. Exp.	04081371

ANEXO IV

Instrumento de recolección de datos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Edad: _____ Sexo: M () F () Servicio: _____

Carrera: Enfermería () Técnico en enfermería () Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy, según el siguiente criterio:

0: En absoluto

1: Levemente, no me molesta mucho

2: Moderadamente (muy desagradable, pero puedo soportarlo)

3: Severamente (casi no puedo soportarlo)

SÍNTOMAS		0	1	2	3
1	Torpe o entumecida				
2	Acalorada				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con miedo a que suceda lo peor				
6	Mareada o aturdida				
7	Con latidos rápidos del corazón				
8	Inestable				
9	Con terrores				
10	Nerviosa				

11	Con sensación de bloqueo o ahogo				
12	Con temblores en las manos				
13	Con temblor generalizado o estremecimiento				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con dificultades para respirar				
16	Con temor a morir				
17	Con sobresaltos				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos o palidez				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores				
PUNTAJES DIRECTOS					
PUNTAJE TOTAL					
RESULTADOS					

ANEXO V

Operacionalización de la variable

Título

Niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempo de COVID 19-2022

Variable de estudio

Ansiedad

Conceptualización de las variables

Según Aaron Beck, es una reacción adaptativa la cual se genera por la percepción errónea de un hecho de la realidad, es así que, si se mantiene a través del tiempo podría manifestarse en condiciones normales, ya que implica la anticipación hacia el futuro de una amenaza o peligro. Como afirma Beck (2008), la respuesta de los sentimientos depende de la manera de interpretar una situación. Es decir, la ansiedad se produce por el funcionamiento desadaptativo del sujeto, por la interpretación sesgada de la realidad, produciendo un desequilibrio cognitivo (Beck J., 2000).

Escala de medición	Dimensión	Indicadores	Ítems
Ansiedad	Subjetivo	- Incapacidad de relajarse	4,5,8,9,10,14,16
		- Miedo a que suceda lo peor	
		- Sensación de inestabilidad e inseguridad física	
		- Terrores	
		- Nerviosismo	
		- Miedo a perder el control	
		- Miedo a morirme	

	- Hormigueo o entumecimiento	
	- Temblor de piernas	1,3,6,12,13,17,18,19
	- Mareo o aturdimiento	
	- Temblores de manos	
Neurofisiológico	- Temblor generalizado o estremecimiento	
	- Sobresaltos	
	- Molestias digestivas o abdominales	
	- Palidez	
	- Palpitaciones o taquicardia	7,11,15
Autonómico	- Sensación de ahogo	
	- Dificultad para respirar	
Síntomas Vasomotoras	- Sensación de calor	
	- Rubor facial	2,20,21
	- Sudoración	

ANEXO VI

Matriz de consistencia

Título preliminar: Niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)

Problema	Objetivos de la investigación
Problema general:	Objetivo general:
¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Describir los niveles de ansiedad en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
Problemas específicos:	Objetivos específicos:
¿Cuáles son los niveles de ansiedad según el sexo dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad según el sexo dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad según la edad dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad según la edad dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad según el servicio dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad según el servicio dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según carrera dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad según carrera dentro del personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor subjetivo en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad del factor subjetivo en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor neurofisiológico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad del factor neurofisiológico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor autonómico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad del factor autonómico en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)
¿Cuáles son los niveles de ansiedad del factor de los síntomas vasomotores en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)?	Identificar los niveles de ansiedad del factor de los síntomas vasomotores en el personal de enfermería y técnicos de enfermería de un hospital público de Tarma en tiempos de COVID-19 (2022)

Diseño metodológico

Muestra	Técnica o tipo de muestreo	Técnicas de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos
---------	----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

125 profesionales, La muestra es la Técnica de Inventario de entre personal de no evaluación Ansiedad de Beck enfermería y técnicos probabilística psicométrica (BAI) en enfermería.

Objetivos	Variables	Indicadores / Dimensiones
Permite detectar los niveles de trastorno de ansiedad	Ansiedad	<p>1. Subjetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad de relajarse Miedo a que suceda lo peor Sensación de inestabilidad e inseguridad física Terrores Nerviosismo Miedo a perder el control Miedo a morirme <p>2. Neurofisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> Hormigueo o entumecimiento Temblor de piernas Mareo o aturdimiento Temblores de manos Temblor generalizado o estremecimiento Sobresaltos Molestias digestivas o abdominales Palidez <p>3. Autonómico</p>

Palpitaciones o taquicardia

Sensación de ahogo

Dificultad para respirar

4. Síntomas vasomotores

Sensación de calor

Rubor facial

Sudoración

Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema

Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico

Beck, J. (2008). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Argentina: Gedisa

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Pearson Educación.

Organización Mundial de la Salud OMS, (2022). Trastornos Mentales.

Hernández, R., Fernández, & Batista. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Orozco, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX. 497-507.

ANEXO VII

Matriz de validación del Inventario de Ansiedad de Beck

Construto	Dimensión	N°	Ítem	Coherencia				Relevancia				Redacción				Índice de validez de contenido
				Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Ansiedad	Factor subjetivo	4	Incapaz de relajarse	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.928
		5	Con miedo a que suceda lo peor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		8	Inestable	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
		9	Con terrores	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
		10	Nerviosa	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
		14	Con miedo a perder el control	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	16	Con temor a morir	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Factor neurofisiológico	1	Torpe o entumecida	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0.958
		3	Con temblor en las piernas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		6	Mareada o aturdida	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	

	12	Con temblores en las manos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	13	Con temblor generalizado o estremecimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	17	Con sobresaltos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	18	Con problemas digestivos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	19	Con desvanecimientos o palidez	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Factor autonómico	7	Con latidos rápidos del corazón	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11	Con sensación de bloqueo o ahogo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	15	Con dificultades para respirar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Síntomas vasomotores	2	Acalorada	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	20	Con rubor facial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.972
	21	Con sudores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Índice de validez total													0.956	

ANEXO VIII

Ficha de validación por jueces-Juez 1



Material Construcción de instrumentos psicológicos

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	Jeanet Angela Carrillo Onofre
Título profesional	Psicóloga C.P.P. N° 15623
Especialidad	Psicología Clínica - Forense
Institución en la que labora	Consultora Psicológica APG

ESTUDIOS

Doctorado	--
Maestría	Administración de la Educación
Segunda especialidad	--
Especialización	Psicología Clínica - Forense
Diplomado	--

PUBLICACIONES

Área General	Investigación Científica
Áreas específicas	--
Otras publicaciones	Revistas psicológicas

CARGOS

Académicos	Ex-coordinadora de la Escuela Profesional de Psicología - distrital - UPCA
No académicos	Ex Vocal II de Consejo Directivo Regional del Colegio de Psicólogos del Perú

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	Clínico - Educativa - Forense
En áreas específicas	clínico - forense

FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

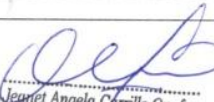
Nombre del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck – BAI


Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Torpe o entumecida	1	1	1		
Acalorada	1	1	1		
Con temblor en las piernas	1	1	1		
Incapaz de relajarse	1	1	1		
Con miedo a que suceda lo peor	1	1	1		
Mareada o aturdida	1	1	1		
Con latidos rápidos del corazón	1	1	1		
Inestable	1	1	1		
Con terrores	1	1	1		
Nerviosa	1	1	1		
Con sensación de bloqueo o ahogo	1	1	1		
Con temblores en las manos	1	1	1		
Con temblor generalizado o estremecimiento	1	1	1		
Con miedo a perder el control	1	1	1		
Con dificultades para respirar	1	1	1		
Con temor a morir	1	1	1		
Con sobresaltos	1	1	1		
Con problemas digestivos	1	1	1		
Con desvanecimientos o palidez	1	1	1		
Con rubor facial	1	1	1		
Con sudores	1	1	1		

Lugar y fecha. Huancayo, 29 de Setiembre del 2022

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
Coherencia El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	0	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	1	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	0	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	1	El ítem es relativamente importante. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
Redacción El ítem es redactado correctamente en tiempo y espacio.	0	El ítem puede ser eliminado o requiere ser modificado. El ítem es redactado de forma confusa y poco entendible.
	1	El ítem es redactado adecuadamente, aunque se puede utilizar sinónimos. El ítem es redactado correctamente, en tiempo y espacio.
Recomendaciones generales sobre el constructo medido o el planteamiento de las dimensiones / sub dimensiones	<i>En la dimensión de Factor subjetivo tener en cuenta la técnica de observación como procedimiento complementario.</i>	
Recomendaciones específicas sobre indicadores planteados u otro aspecto que crea por conveniente	<i>Sobretudo dar las consignas claras para la ejecución del inventario ya que los ítems están claramente planteados.</i>	




 Ángela Carrillo Onofre
 PSICÓLOGA
 C.Ps P. 15623

Firma del experto

ANEXO IX

Ficha de validación-Juez 2



Material Construcción de instrumentos psicológicos

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	Jessica Ekaterina Mendoza Gutierrez
Título profesional	Licenciada en Psicología - C. Ps. P. N° 17896
Especialidad	
Institución en la que labora	Hospital Felix Mayorca Soto

ESTUDIOS

Doctorado	
Maestría	Servicios de La Salud
Segunda especialidad	
Especialización	
Diplomado	

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	Jefatura del Servicio de Psicología

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	Diez años
En áreas específicas	Área Clínica

FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

Nombre del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck – BAI

Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Torpe o entumecida	1	1	0	Especificar el término	
Acalorada	1	1	1		
Con temblor en las piernas	1	1	1		
Incapaz de relajarse	1	1	1		
Con miedo a que suceda lo peor	1	1	1		
Mareada o aturdida	1	1	1		
Con latidos rápidos del corazón	1	1	1		
Inestable	1	1	0	Especificar el término	
Con terrores	1	1	0	Especificar el término	
Nerviosa	1	1	1		
Con sensación de bloqueo o ahogo	1	1	1		
Con temblores en las manos	1	1	1		
Con temblor generalizado o estremecimiento	1	1	1		
Con miedo a perder el control	1	1	1		
Con dificultades para respirar	1	1	1		
Con temor a morir	1	1	1		
Con sobresaltos	1	1	1		
Con problemas digestivos	1	1	1		
Con desvanecimientos o palidez	1	1	1		
Con rubor facial	1	1	1		
Con sudores	1	1	1		

Lugar y fecha. Tarma, 29 de Setiembre del 2022

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
Coherencia El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	0	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	X	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
		El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
		El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	0	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	X	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
		El ítem es relativamente importante.
		El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
Redacción El ítem es redactado correctamente en tiempo y espacio.	0	El ítem puede ser eliminado o requiere ser modificado.
	X	El ítem es redactado de forma confusa y poco entendible.
		El ítem es redactado adecuadamente, aunque se puede utilizar sinónimos.
		El ítem es redactado correctamente, en tiempo y espacio.
Recomendaciones generales sobre el constructo medido o el planteamiento de las dimensiones / sub dimensiones	Especificar algunos ítems a que se refieren en el término.	
Recomendaciones específicas sobre indicadores planteados u otro aspecto que crea por conveniente		

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE JUNIN
 HOSPITAL "PELUMAYORCA SOTO" Tarma

 Mg. Jessy E. Mendozo Gutiérrez
 JEFE(e) SERVICIO PSICOLOGIA
 C.P.S. N° 17890

Firma del experto

ANEXO X

Ficha de validación por jueces-Juez 3



Material Construcción de Instrumentos psicológicos

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	Carmen Reynalda Jara Ortega
Título profesional	Licenciada en Psicología - C.Ps.P. N° 7630
Especialidad	Terapia Cognitivo Conductual
Institución en la que labora	Hospital Félix Hayora Soto

ESTUDIOS

Doctorado	
Maestría	Psicología Educativa.
Segunda especialidad	Terapia Cognitivo Conductual.
Especialización	
Diplomado	Psicología del Niño - Psicología Forense - Terapia del Aprendizaje y Lenguaje

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	Coordinadora Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz-RIS

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	22 años
En áreas específicas	Área Educativa 11 años / Área Clínica 11 años

FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

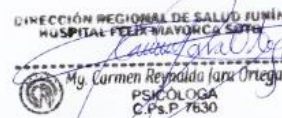
Nombre del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck – BAI

Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Torpe o entumecida	1	1	0		Pierdo que no trabajo bien los días.
Acalorada	1	1	0		Se acerca un tiempo para sin haber realizado alguna actividad.
Con temblor en las piernas	1	1	1		
Incapaz de relajarse	1	1	0		Incapaz de relajarme (falso, nervioso)
Con miedo a que suceda lo peor	1	1	1		
Mareada o aturdida	1	1	0		Experimento mareos y me siento aturdida.
Con latidos rápidos del corazón	1	1	1		
Inestable	1	1	0		Estoy inestable (cambio constantemente de una estado a otro)
Con terrores	1	1	0		Tengo miedo
Nerviosa	1	1	0		Me siento nerviosa(a)
Con sensación de bloqueo o ahogo	1	1	1		
Con temblores en las manos	1	1	1		
Con temblor generalizado o estremecimiento	1	1	0		Con temblor en todo el cuerpo o estremecimiento.
Con miedo a perder el control	1	1	1		
Con dificultades para respirar	1	1	1		
Con temor a morir	1	1	1		
Con sobresaltos	1	1	1		
Con problemas digestivos	1	1	1		
Con desvanecimientos o palidez	1	1	1		
Con rubor facial	1	1	1		
Con sudores	1	1	1		

Lugar y fecha. Tarma, 29 de setiembre del 2022

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
Coherencia El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	0	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
		El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	1	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
		El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	0	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
		El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	1	El ítem es relativamente importante.
		El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
Redacción El ítem es redactado correctamente en tiempo y espacio.	0	El ítem puede ser eliminado o requiere ser modificado.
		El ítem es redactado de forma confusa y poco entendible.
	1	El ítem es redactado adecuadamente, aunque se puede utilizar sinónimos.
		El ítem es redactado correctamente, en tiempo y espacio.
Recomendaciones generales sobre el constructo medido o el planteamiento de las dimensiones / sub dimensiones		
Recomendaciones específicas sobre indicadores planteados u otro aspecto que crea por conveniente		<i>Tomar en cuenta las observaciones realizadas en la ficha de validación de dos ítems.</i>

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
 HOSPITAL PÉREZ VIALONCA SARTRE

 My. Carmen Reynalida Lopez Ortega
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 7630

Firma del experto

ANEXO XI

Ficha de validación por jueces-Juez 4



Material Construcción de instrumentos psicológicos

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	Cesar Daniel Ayala Miranda
Título profesional	Licenciado en Psicología CP# 8267
Especialidad	
Institución en la que labora	Hospital "Felix Mujorca Soto" - Tarata

ESTUDIOS

Doctorado	
Maestría	
Segunda especialidad	
Especialización	NEUROFISIOLOGIA del APRENDIZAJE
Diplomado	ESTRATEGIAS Psicopedagógicas EN LA PRACTICA EDUCATIVA

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	Psicólogo CLINICO

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	20 AÑOS
En áreas específicas	AREA EDUCATIVO 7 AÑOS AREA CLINICA 13 AÑOS

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
Coherencia El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	0	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
		El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	1	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
		El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	0	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
		El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	1	El ítem es relativamente importante.
		El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
Redacción El ítem es redactado correctamente en tiempo y espacio.	0	El ítem puede ser eliminado o requiere ser modificado.
		El ítem es redactado de forma confusa y poco entendible.
	1	El ítem es redactado adecuadamente, aunque se puede utilizar sinónimos.
		El ítem es redactado correctamente, en tiempo y espacio.
Recomendaciones generales sobre el constructo medido o el planteamiento de las dimensiones / sub dimensiones		
Recomendaciones específicas sobre indicadores planteados u otro aspecto que crea por conveniente		




 Cesar Ayala Miranda
 PSICÓLOGO
 C. Ps. 6257

Firma del experto

ANEXO XI

Evidencias fotográficas de la aplicación del instrumento

