



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO
DE UNA CLÍNICA DE LIMA EN PANDEMIA POR COVID-19, 2021

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

PALOMA DESSIRE LUQUE TORMO
ORCID: 0000-0002-7210-5317

ASESOR

MAG. DIEGO ISMAEL VALENCIA PECHO
ORCID: 0000-0002-7614-0814

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

DESÓRDENES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE
RIESGO PARA LA SALUD Y CON EL DESARROLLO DE CONDUCTAS
SALUDABLES

LIMA, PERÚ, JUNIO DE 2022

DEDICATORIA

A mi hija, por el amor infinito que me hace sentir día a día; para ella son todos mis logros.

A Renzo, mi compañero de vida, porque juntos construimos nuestra mejor versión para el futuro.

A mi madre y hermanos, por haber demostrado tanto amor y unión, y por ser aliento en cada momento de mi vida.

A mis amigos, mi segunda familia, porque tengo en ellos un gran soporte, amor incondicional, tiempo y dedicación a nuestra amistad.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que hicieron que esta investigación sea posible, por el esfuerzo y el apoyo incondicional que cada uno me brindó.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
RESUMO	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática.....	12
1.2. Justificación e importancia de la investigación	17
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos	17
1.4. Limitaciones de la investigación	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios	20
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado	24
2.3. Definición de la terminología empleada	38
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	41
3.2. Población y muestra.....	41
3.3. Hipótesis	42
3.4. Variables – operacionalización.....	43
3.5. Métodos y técnicas de investigación	44
3.6. Procesamiento de los datos	46
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable	49
4.2. Contrastación de hipótesis	51
CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusiones.....	54
5.2. Conclusiones.....	57
5.3. Recomendaciones.....	57
REFERENCIAS	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Descripción de la población de estudio
Tabla 2	Operacionalización de la variable ansiedad
Tabla 3	Operacionalización de la variable depresión
Tabla 4	Medidas descriptivas de las variables
Tabla 5	Niveles de ansiedad
Tabla 6	Niveles de depresión
Tabla 7	Análisis de distribución normal de las variables de estudio
Tabla 8	Correlación entre ansiedad y depresión
Tabla 9	Correlación entre depresión y dimensiones de ansiedad

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE UNA CLÍNICA DE LIMA EN PANDEMIA POR COVID-19, 2021

PALOMA DESSIRE LUQUE TORMO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

Fueron examinados 121 empleados del área asistencial y administrativa de una clínica ubicada en Lima en pandemia en el año 2021 bajo un muestreo de tipo censal con la intención de buscar la relación entre ansiedad y depresión. Se les administraron los cuestionarios: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y la Escala de Ansiedad (EAL-20) ambos adaptados al contexto local. La metodología empleada fue el diseño no experimental de tipo correlacional. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad ($p < .001$), de tipo directa y de magnitud alta. Lo mismo sucede entre depresión y las siguientes dimensiones: síntomas físicos, fobia social y ansiedad psíquica. Es decir, mientras mayores sean los síntomas físicos, la fobia social y la ansiedad psíquica, mayor será la depresión en los trabajadores de la clínica. Asimismo, se encontró en el personal evaluado que el nivel de depresión leve es el de mayor incidencia (85.1%); el nivel de depresión mínimo también es el más frecuente (66.9%). Se concluyó que si existe relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia por covid-19.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estrés, COVID-19.

ANXIETY AND DEPRESSION IN HEALTH CARE AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL OF A CLINIC IN LIMA IN COVID-19 PANDEMIC, 2021

PALOMA DESSIRE LUQUE TORMO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

121 employees from the assistance and administrative area of a clinic located in Lima in pandemic 2021 were examined under a census-type sampling with the intention of searching for the relationship between anxiety and depression. They were administered the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Anxiety Scale (EAL-20), both adapted to the local context. A statistically significant correlation ($p < 0.001$), of direct type and high magnitude, was observed between depression and anxiety. The same is true between depression and the following dimensions: Physical symptoms, social phobia and psychic anxiety. That is, the greater the physical symptoms, social phobia and psychic anxiety, the greater the depression in clinic workers. Likewise, it was found that the levels of depression in the personnel evaluated as mild had the highest incidence (85.1%) and the minimum level of depression was also the most frequent (66.9%).

Keywords: anxiety, depression, stress, COVID-19.

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO ATENDIMENTO E NO PESSOAL
ADMINISTRATIVO DE UMA CLÍNICA EM LIMA EM UMA PANDEMIA DO COVID-
19, 2021**

PALOMA DESSIRE LUQUE TORMO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DO PERÚ

RESUMO

121 funcionários da área administrativa e de atendimento de uma clínica localizada em Lima, na pandemia de 2021, foram examinados sob uma amostragem tipo censo com a intenção de procurar a relação entre ansiedade e depressão. Foram administrados o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) e a Escala de Ansiedade (EAL-20), ambos adaptados ao contexto local. Uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0.001$), direta e de alta magnitude, foi observada entre depressão e ansiedade. O mesmo é válido entre a depressão e as seguintes dimensões: Sintomas físicos, fobia social e ansiedade psíquica. Ou seja, quanto mais elevados forem os sintomas físicos, a fobia social e a ansiedade psíquica, maior será a depressão nos trabalhadores das clínicas. Também foi constatado que os níveis de depressão no pessoal avaliado como leve tiveram a maior incidência (85.1%) e o menor nível de depressão também foi o mais freqüente (66.9%).

Palavras-chave: ansiedade, depressão, stress, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La propagación mundial de COVID-19 ha cambiado, quizá para siempre, la manera en que interactuamos como individuos en sociedad. Es entonces predecible que en una situación de crisis como la actual existan consecuencias como el deterioro de la salud física de las personas afectadas, la cual históricamente ha sido producto de estudio por la medicina desde que surgió como ciencia; mientras que el aspecto psicológico no ha recibido la atención necesaria y los esfuerzos por entenderla son recientes (Ribot et al., 2020).

Las personas que constituyen la primera línea de batalla ante esta pandemia por COVID-19 son quienes, según la Sociedad Española de Psiquiatría, están más expuestas a situaciones que pueden degradar su salud mental. Entre las múltiples razones para que esto suceda están la preocupación constante en infectar a sus seres queridos y la, en muchos casos, excesiva carga laboral producto de la gran demanda de personal médico (Veloz et al., 2020). Trabajar en una clínica resulta entonces, por las razones previamente expuestas, una experiencia que puede provocar estrés, ya que, según los hallazgos de González y Labad (2020), las personas que trabajan en cuarentena de forma presencial mostraron niveles de estrés superiores que aquellas que realizaron sus labores de manera virtual. Dentro de las afecciones a las que son más proclives están la ansiedad y la depresión, males que incluso antes de la pandemia estaban en crecimiento en nuestra sociedad, y que, tras la aparición de esta crisis, se han visto acentuados. Lo anteriormente expuesto genera el interés necesario para intentar encontrar la relación entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica en pandemia.

Con ese objetivo, esta tesis se ha organizado de la siguiente manera: en el primer capítulo se describe el problema de investigación, donde se detallan la realidad

problemática, la justificación y la importancia de esta investigación. Además de sus objetivos y sus limitaciones.

En el capítulo II se encuentra el marco teórico, en el cual se plasman tanto los antecedentes nacionales como los internacionales, el desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado y la definición de la terminología empleada.

En el capítulo III se expone el marco metodológico de la investigación, se detalla el tipo y el diseño de indagación, la muestra y población, las variables, las hipótesis y la operacionalización, así como el análisis estadístico y la interpretación de datos.

El capítulo IV consta del análisis y la interpretación de los resultados obtenidos mediante el empleo de las tablas, utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales, para, de esta forma, poder contrastar las hipótesis planteadas.

Finalmente, en el capítulo V se discuten los resultados y se esbozan conclusiones y recomendaciones para las personas que laboren de manera administrativa o presencial en un centro de salud y lidien con pacientes COVID-19.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

A fines de diciembre de 2019, el Centro de Wuhan para el Control y la Prevención de Enfermedades, en la provincia de Hubei, en el centro de China, detectó un número importante de casos de neumonía de etiología desconocida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Desde entonces se ha difundido por el mundo el virus SARS-CoV-2, que ocasiona la ahora conocida como pandemia por COVID-19. Esto generó a nivel global en la población una importante carga psicológica, en especial en determinados colectivos que vienen laborando de forma presencial, incluso en los momentos más álgidos de esta crisis sanitaria según advierte la OMS (2021).

El estado peruano, en marzo de 2020, declaró el estado de emergencia nacional, estableciendo una cuarentena como medida de seguridad en busca de proteger a la población y prevenir contagios. Dada la naturaleza de su profesión, médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud enfrentan situaciones de potencial exposición mientras atienden a los pacientes. Los trabajadores que afrontan dificultades para las que no han sido preparados de forma física ni emocional experimentan, en consecuencia, sentimientos de angustia, miedo y estrés, entre otros (Rodríguez et al., 2020).

Para un individuo trabajar en una clínica es una labor estresante debido a que los colaboradores suelen sobrellevar tensiones tales como bajo sueldo, largas horas de trabajo y numerosas interacciones con los pacientes; si a eso se suma la situación actual, realizar sus labores diarias pueden llegar a causar en los trabajadores ansiedad. De hecho, González y Labad (2020) encontraron que las personas que trabajan de forma presencial durante la cuarentena muestran mayores niveles de estrés en comparación con las que lo hacen de forma virtual.

Las condiciones de vida, el hacinamiento en los transportes que usa el personal médico, además de la interacción con los pacientes, dificultan la práctica del distanciamiento social, ocasionando que los riesgos de contraer y propagar el coronavirus sean incluso mayores. Como consecuencia de lo anterior, regresar a casa significa la posibilidad de transmitir una enfermedad potencialmente mortal a sus familiares, situación que podría generar en los trabajadores síntomas de ansiedad y depresión, entre otros (Kontis et al., 2020).

La OMS (2021) indica que más de 280 millones de personas tienen depresión mundialmente; asimismo, la ansiedad es el trastorno psiquiátrico más importante en el mundo, presente en más de 264 millones de personas.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (OMS, 2019), la ansiedad se sitúa dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; está tipificada con el código F 41.9. Las formas comunes de ansiedad afectan diversos aspectos de la vida cotidiana, influyendo directamente en la ejecución de una conducta y en su grado de eficacia. Los efectos de este fenómeno pueden prolongarse y volverse más graves, llegando incluso a limitar o a incapacitar a la persona que lo padece, según la American Psychological Association (APA, 2017).

En cuanto a la depresión mayor, esta se ubica dentro los trastornos del humor o afectivos del CIE-10, en las categorías F32 que incluye el episodio depresivo y F33 que contempla al trastorno depresivo recurrente. La depresión se diferencia de la reacción emocional breve ante las situaciones adversas que surgen en la vida diaria y se transforma en un problema sanitario, sobre todo cuando perdura en el tiempo y su intensidad supera los niveles leves, dado que puede generar sufrimiento y, al igual que la ansiedad, modifica las actividades laborales, escolares y familiares; llegando

incluso, en casos extremos, llega a ser causante de suicidio. Anualmente se quitan la vida cerca de 800 000 personas, llegando a ser la segunda causa de muerte en el grupo de entre 15 y 29 años (OMS, 2021).

Al respecto, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2020) refiere que actualmente se registra una tendencia de altos niveles de ansiedad, temor, angustia y depresión como consecuencia del COVID-19. A raíz de su propagación y de la creciente cifra de casos confirmados y muertes a escala mundial, se desarrollan emociones y pensamientos negativos que afectan la salud mental de la población de diversos países (Huarcaya y Jeff, 2020).

Alrededor del mundo se han realizado investigaciones que avalan el impacto psicológico en las personas; por ende, se considera necesario hacer una revisión de la evidencia actual sobre ansiedad y depresión como efectos de la pandemia en trabajadores esenciales.

Por lo tanto, es preciso mencionar inicialmente un estudio realizado en China (Huang et al., 2020) a un total de 230 profesionales de la salud, el cual se enfocó en la salud mental del personal de salud de primera línea en la pandemia por COVID-19. En dicho estudio se descubrió que en el personal médico la incidencia de ansiedad fue de 23.1% y afectó en su mayoría al personal femenino.

Otra investigación, realizada por Lai et al. (2020) y en la que participaron 1257 profesionales de la salud de 34 hospitales de China, se hizo con el objetivo de estudiar sus niveles de depresión y de ansiedad. Se detectó la presencia de síntomas depresivos en el 50.4%, y de síntomas ansiosos en el 44.6%. Además, el personal de enfermería, conformado por mujeres en su totalidad, así como los trabajadores de atención médica de primera línea que atendían directamente a los pacientes con sospecha de haber adquirido el virus del COVID-19 y el personal médico que

trabajaba en Wuhan mostró casos más agudos en su salud mental. Se concluyó que el personal médico que mayor riesgo de síntomas de ansiedad y depresión mostró, en su mayoría, fueron los de primera línea de tratamiento, diagnóstico y atención a pacientes COVID-19.

Al respecto, Rodríguez et al. (2020) llevaron a cabo en España una investigación dirigida a trabajadores de primera línea que estuvieron en actividad en crisis sanitaria. Participaron 546 profesionales, de los cuales 296 fueron personal de la salud, y 89 trabajadores de supermercados. Los resultados demostraron que el 73.6% de los trabajadores de la salud confirmo haber sufrido un impacto psicológico considerable, mientras que en los empleados de supermercado fue de un 65.2%.

Por otro lado, en cuanto a América Latina, un grupo de investigadores en Chile realizó un estudio de salud mental en personal médico, con una muestra conformada por 125 profesionales. Los resultados mostraron que un gran porcentaje presentó algún grado de sintomatología en ansiedad (74%) y depresión (66%) (Urzúa et al., 2020).

En Paraguay, Samaniego et al. (2020) realizaron una investigación para determinar las prevalencias de fatiga por compasión, depresión, distrés, insomnio y ansiedad, incluyendo factores asociados con la sintomatología relacionada a estos trastornos. Para ello se evaluó a 126 profesionales sanitarios, de los cuales el 83% eran mujeres, con una edad cuyo promedio fue de 32 años. Se encontró que el 32.2% de participantes presentó síntomas moderados y severos de depresión mientras que el 41.3% fue de ansiedad.

En Perú, en un reciente estudio realizado por Villagra (2021) en Arequipa para conocer la severidad de la ansiedad y de la depresión en una muestra de 214 profesionales, entre médicos y enfermeras, se halló que el 70.56% del personal

médico y de enfermería presentó síntomas de ansiedad leve y ansiedad mayor en 25.23%. Mientras que el 59.81% manifestó síntomas de depresión, los casos de depresión moderada fue 15.89% y depresión severa o muy severa fue 9.35%.

Por último, una investigación en Lima elaborada por Menacho (2020) en una muestra 135 médicos que trabajaban en áreas COVID-19 en dos hospitales del Seguro Social de Salud (Essalud) y en un hospital del Minsa demostró que el 30.15% presentó ansiedad, y el 25.74%, depresión. Según los resultados, del total de 135 médicos encuestados, hubo presencia de depresión en niveles leve o medio, a diferencia de la ansiedad, que presentó un grado moderado.

Según la OPS (2020), de 57 250 personas adultas, 6 a 8 de cada 10 peruanos presentan algún tipo de sintomatología o problemas relacionados con enfermedades de salud mental, razón por la cual se debe establecer una serie de intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento que permitan reducir su impacto en las personas.

Esta problemática ha sido muy poco abordada en el estado de emergencia; por ende, existe la imperiosa necesidad de proteger y apoyar principalmente a todos los grupos laborales que fueron empujados, de forma inesperada, a ser trabajadores esenciales debido a que se vieron en la situación de servir en la primera línea de una pandemia.

Como se señaló anteriormente, muchas de estas personas no tienen la formación requerida para afrontar este tipo de crisis, sobre todo una con tal impacto psicológico como la actual, y no cuentan con el conocimiento adecuado de medidas de prevención para garantizar su salud y bienestar.

En efecto, las clínicas introdujeron medidas para proteger a sus trabajadores, como adoptar límites estrictos de aforo, agregar divisiones de acrílico o plástico,

colocar calcomanías informativas en el piso y gestionar que los pasillos sean de un solo sentido para promover el distanciamiento social.

Por lo tanto, debido a las condiciones y dificultades afrontadas por los trabajadores durante la emergencia sanitaria que ya se han señalado en este documento, se considera relevante evaluar la ansiedad y la depresión. De ello se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

La importancia de esta investigación recae en su valor teórico, debido a que permite darle una revisión y explorar la información sobre los aspectos estudiados. Es en ese sentido que la presente investigación contribuye con el enriquecimiento de la literatura científica sobre la ansiedad y la depresión, especialmente al aplicarse a una población tan golpeada, como la de trabajadores esenciales.

Por último, este estudio contiene importancia práctica, ya que, existiendo el interés de conocer la realidad de los trabajadores referente a las variables de estudio, y tomando en consideración lo explicado respecto a la ansiedad y la depresión por su influencia significativa en la salud mental, existe la posibilidad de implementar algunos cambios a partir de los resultados obtenidos. Por tanto, este trabajo servirá para gestionar programas de prevención y promoción con la finalidad de manejar las perjudiciales consecuencias implicadas, en procura de mejorar el estado emocional de los trabajadores en referencia.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir el nivel de ansiedad en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021.
2. Describir el nivel de depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021.
3. Establecer la relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021.

1.4. Limitaciones de la investigación

Durante el proceso de evaluación se presentaron dificultades debido a las limitaciones de movilización propias de las restricciones impuestas por el Gobierno para salvaguardar a la población, lo que pudo ser subsanado con la utilización de pruebas virtuales (formularios de Google); asimismo, esta forma de evaluación impidió que se puedan resolver de manera inmediata y directa diversas inquietudes sobre los ítems pertenecientes a las pruebas.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes nacionales

Sánchez (2021) con el objetivo de conocer los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los profesionales asistenciales del área COVID-19 del nosocomio Virgen de Fátima en Chachapoyas, empleando la Escala DASS-21 de forma virtual por medio de formularios de Google, evaluó a 60 profesionales, entre médicos, enfermeros y técnicos de enfermería. En su estudio observó que el 76.7% manifestó un nivel moderado de depresión; el 20%, nivel severo; y el 3.3%, nivel extremadamente severo. En cuanto a ansiedad, el 38.3% presentó un nivel extremadamente severo; el 35%, nivel severo; y el 26.7%, nivel moderado. Se observó también que, en relación con el sexo, las mujeres obtuvieron una mayor tendencia a la depresión y a la ansiedad (80%, 48 mujeres), a diferencia de los varones, quienes alcanzaron un 20% (12 varones) en ambas variables.

Con el propósito de establecer la frecuencia y la severidad de la ansiedad y la depresión durante la pandemia por COVID-19, Villagra (2021) empleó las Escalas de Ansiedad y de Depresión de Hamilton y evaluó al personal médico y de enfermería del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, grupo que estuvo conformado por 214 profesionales. Allí se observó que el 45.33% de trabajadores presentó ansiedad menor, y el 25.23%, ansiedad mayor, de los cuales el 12.62% corresponde a los médicos y el 36.94% a las enfermeras. En cuanto a depresión, se halló que el 59.81% manifestó síntomas, de los cuales el 34.58% se ubicó dentro del nivel leve y el 15.89% dentro del nivel moderado; con respecto al nivel de severo a muy severo, se llegó a 9.35%, siendo el porcentaje más alto en las enfermeras, quienes llegaron al 20.72% en la categoría moderada y al 12.61% dentro del nivel severo, a diferencia de los médicos, que presentaron 10.68% en el nivel moderado y 5.83% en el nivel severo.

Aguilar (2020) investigó la relación entre depresión y ansiedad en una muestra de 55 profesionales de la salud de un hospital público en Arequipa. La metodología de estudio tuvo un diseño no experimental de tipo correlacional. En cuanto a los resultados, se halló una correlación directa y estadísticamente significativa ($\rho=0.3$; $p<0.01$) entre depresión y ansiedad. El autor concluyó que a mayor presencia de depresión, mayor ansiedad en los profesionales de la salud evaluados.

Vásquez (2020) diseñó un estudio para conocer la incidencia y la relación entre la ansiedad, la depresión y el estrés laboral en trabajadores del Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura durante la pandemia por COVID-19. La muestra estuvo compuesta por 45 profesionales, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, a los cuales se les administraron las Escalas de Ansiedad y de Depresión de Hamilton. Se observó que la incidencia de ansiedad fue de 68.9%, y la de depresión, de 53.5%.

En una investigación realizada por Abanto (2021) para estudiar las consecuencias psicológicas de la pandemia por COVID-19 en el personal de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca se utilizó el instrumento DASS-21, el cual fue aplicado de forma virtual a 200 trabajadores asistenciales. Según los resultados, el 14% manifestó depresión; de ese porcentaje, el 6.5% se ubicó en el nivel leve, el 5.5% dentro del nivel moderado, el 1.5% en el nivel severo y el 0.5% en el nivel extremadamente severo. Con respecto a la ansiedad, se alcanzó el 39%, del cual el 12.5% presentó un nivel leve; el 18%, moderado; el 6%, severo; y, por último, el nivel extremadamente severo llegó a 2.5%.

Finalmente, Rivera et al. (2021) investigaron en Arequipa los niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud vacunado contra el COVID-19 del Hospital de Apoyo Camaná. Mediante el Inventario de Beck, tanto el de ansiedad

como el de depresión, aplicado a 82 profesionales, se consiguió como resultado, en cuanto a depresión, que el 73.17% (60) no presentó síntomas, que el 20.73% (17) manifestó depresión leve, que el 3.66% (3) mostró depresión intermitente y que el 2.44% (2) alcanzó el nivel de depresión moderada. Con respecto a la ansiedad, el 96.34% (79) obtuvo un nivel bajo de ansiedad y el 3.66% (3) tuvo ansiedad moderada.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Gómez et al. (2021) investigaron la relación entre depresión y ansiedad en personal sanitario de un hospital público en México. La muestra estuvo compuesta por 86 participantes. La metodología de estudio tuvo un diseño no experimental de tipo correlacional. En cuanto a los resultados, se halló una correlación directa y estadísticamente significativa ($\rho=0.500$; $p<0.01$) entre depresión y ansiedad. Los investigadores concluyeron que a mayor presencia de depresión, mayor ansiedad en el personal sanitario.

Weibelzahl et al. (2020) realizaron un estudio en el personal de salud de los estados alemanes de Baja Sajonia, Renania del Norte-Westfalia y Hesse para determinar la presencia de ansiedad y depresión durante la pandemia. Se contó con la participación de 300 profesionales. Utilizaron la versión virtual del ICD-10 Symptom Rating (ISR) para efectuar la medición de las variables. Se observó que los síntomas de depresión y de ansiedad fueron altos: el 9% reportó síntomas de depresión severa y el 65% síntomas de leves a medios. Un total de 41% presentó síntomas leves de ansiedad.

En Egipto, Aly et al. (2021) investigaron el estrés percibido, la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19. Evaluaron a 262 participantes, entre médicos, dentistas, farmacéuticos, fisioterapeutas, enfermeras, técnicos y administradores de todos los hospitales

gubernamentales y educativos, quienes representaron al personal de salud de todo Egipto, ya que todas las provincias fueron participantes. De entre ellas, Ismailía fue la provincia con mayor representación. Se utilizó el instrumento Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) para evaluar la ansiedad y el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) para la depresión. Fueron aplicados de forma virtual por medio de un formulario de Google. Se encontró que aproximadamente el 9.5% no experimentó ansiedad generalizada, mientras que el 90.5% restante mostró diferentes grados de ansiedad. La ansiedad leve tuvo el porcentaje más alto, y afectó a alrededor del 40% de los participantes, esto seguido de la ansiedad moderada, con alrededor del 32%; finalmente, la ansiedad severa se presentó en el 18.5%. Con respecto a la depresión, alrededor del 6% de los participantes mostró un mínimo grado de depresión, y aproximadamente el 14%, depresión severa; el 80% restante evidenció grados variables, de leve a moderadamente grave. Además, alrededor del 87% manifestó los tres trastornos: estrés, ansiedad y algún grado de depresión, y solo el 3.5% padece un trastorno.

Chávez et al. (2021) estudiaron en Paraguay la salud mental del personal médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia por COVID-19. Utilizaron como instrumentos de medición el Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) para evaluar ansiedad y el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) para la depresión, por medio de la plataforma de Google Forms. Fueron evaluados 137 participantes, en quienes se detectó la presencia de ansiedad en un 42.3%, y de depresión, en un 32.8%. El turno de 12 horas o más estuvo relacionado con el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión, siendo el sexo masculino el que manifestó mayor riesgo de desarrollar ansiedad (54.2%), en comparación con el femenino (36%).

Una investigación realizada para identificar la depresión, la ansiedad y el estrés entre los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19, llevada a cabo en 24 instituciones de salud (10 hospitales y 14 centros de tratamiento de COVID-19) en el centro de Etiopía (Jemal et al., 2021), tuvo como participantes 816 profesionales, a quienes se aplicó el Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) de forma virtual por medio de formularios de Google. Se determinó que 640 trabajadores presentaban síntomas de depresión, de los cuales el 60.3% (492) se ubicó dentro de los niveles de depresión de moderada a extremadamente grave. Con respecto a ansiedad, 668 colaboradores presentaron ansiedad, de los cuales el 78% (636) manifestó ansiedad de moderada a extremadamente severa.

Finalmente, un estudio en Singapur realizado por Tan et al. (2020) para examinar el impacto psicológico durante la pandemia en personal de salud evaluó la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad y el estrés. Participaron 470 profesionales de dos importantes instituciones que atendieron a pacientes con COVID-19. La evaluación se efectuó por medio de un cuestionario autoadministrado. Se utilizó la Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21). En los resultados se observó que 68 (14.5%) participantes presentaban ansiedad, y 42 (8.9%), depresión.

Fernández et al. (2019) investigaron la relación entre depresión y ansiedad en una muestra de 106 enfermeras de la ciudad de México. La metodología de estudio tuvo un diseño no experimental de tipo correlacional. En cuanto a los resultados, se halló una correlación directa y estadísticamente significativa ($\rho=0.362$; $p<0.01$) entre depresión y ansiedad. Los investigadores concluyeron que, a mayor presencia de depresión, mayor ansiedad en las enfermeras mexicanas.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1. Ansiedad

De acuerdo con Delgado et al. (2021), podemos definir la ansiedad como una reacción de carácter emocional frente a eventos que representan peligro para un individuo. Si estas reacciones se tornan comunes en el día a día de una persona, deben ser evaluadas para identificar si existe ansiedad patológica. Con respecto a su ocurrencia, esto es más frecuente en mujeres (7.7%) que en varones (3.6%), según datos descubiertos por la OMS (2017).

Asimismo, la ansiedad es un fenómeno multifacético que incluye angustia emocional, excitación fisiológica y sensaciones somáticas asociadas con pensamientos de comportamiento peligroso inminente y evitativos, así como otros comportamientos defensivos (Özdin y Bayrak, 2020). Por su parte, Asmundson y Taylor (2020) afirman que es un fenómeno que suele quedarse instalado en la persona afectada incluso después de haber resuelto la situación de estrés o amenaza. Quienes presentan un alto nivel de ansiedad tienden a adoptar otras conductas de seguridad inadaptadas. En el contexto actual de pandemia, esto puede verse representado en lavado excesivo de manos y compras de pánico, excediendo las recomendaciones dadas por las entidades de salud pública (Asmundson y Taylor, 2020).

Según la APA (2017), la ansiedad es una emoción que se distingue por síntomas de ansiedad y estrés somático, en los que un individuo anticipa un peligro inminente, un desastre o una desgracia. Tiende a aparecer como síntomas y signos, inquietud, fatiga, incapacidad de lograr concentrarse, irritabilidad, alteración del sueño y tensión muscular (Valdivia, 2021). La ansiedad se puede distinguir del miedo tanto conceptual como fisiológicamente, aunque los dos términos a menudo se usan de forma indistinta. La ansiedad se considera una respuesta a largo plazo, orientada hacia el futuro y, a un objetivo indefinido, mientras que el miedo es una respuesta de

corta duración y orientada al presente a una amenaza claramente identificable y específica.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) surgió como categoría diagnóstica desde la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En esa ocasión, la neurosis de ansiedad fue fraccionada entre TAG y trastornos de pánico (Crocq, 2017).

Modelo psicoanalítico de ansiedad.

Para Freud et al. (1977), la ansiedad es la respuesta interna que nos alerta de un peligro, y su origen se encuentra en experiencias traumáticas experimentadas en la infancia. Ellos elaboraron un modelo donde se distinguían tres clasificaciones de ansiedad: La real, moral y neurótica. La ansiedad real es aquella que se obtiene de la relación del yo con su mundo exterior, en que se dan alertas que son identificadas como reales. La ansiedad neurótica es aquella en la cual el yo se siente amenazado por los instintos del ello y finalmente, la ansiedad moral surge cuando el superyó presiona al yo, temiendo que este no sea capaz de controlar sus impulsos (Díaz y De la Iglesia, 2019).

La neurosis es un trastorno afectivo que se manifiesta, con o sin cambios somáticos y con una ligera distorsión de la realidad, manifestándose en las relaciones sociales e interpersonales como manifestaciones de otros conflictos psicológicos. A pesar de que existen pocos tratamientos cuyo enfoque sea el de la psicoterapia psicodinámica comparados con aquellos de terapia cognitivo-conductual, la evidencia existente sugiere que esta es efectiva en trastornos de ansiedad también (Leichsenring y Salzer, 2014).

Según este modelo aquello que distingue a este fenómeno es lo que ellos denominan la “ansiedad flotante”. Es decir, que el paciente padece una angustia

crónica pero no manifiesta la usual evitación fóbica como las que suelen estar presentes en la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas. Es por esto que al TAG se le suele denominar el trastorno de ansiedad “básico”, dado que, los rasgos neurobiológicos y la preocupación que están presentes en la ansiedad flotante son habituales en la totalidad de los trastornos de ansiedad (Keegan, 2007).

La psicoterapia psicodinámica, junto con la teoría centrada en las emociones, dan mayor importancia al hecho de procesar y transformar aquellas emociones que resulten dolorosas o que hayan sido reprimidas. En ese sentido, la psicoterapia psicodinámica emplea métodos sofisticados que ayudan a procesar el conflicto interpersonal e intrapsíquico (Beutel et al., 2019).

Modelo de la teoría cognitiva.

Este enfoque pone énfasis en el rol que cumplen las variables cognitivas en el transcurso y mantenimiento del cuadro ansioso (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Bandura y Adams (1977) definieron la ansiedad como un estado subjetivo resultado de la evaluación constante de los estímulos de origen tanto interno como externo desencadenando una serie de reacciones emocionales cuya intensidad y persistencia dependen de la intensidad de los estímulos. De acuerdo a este enfoque una persona es testigo de un escenario, lo valora y evalúa, y de acuerdo a esta evaluación personal, desencadenará o no una reacción de ansiedad controlada por sus procesos cognitivos. Esta reacción incluso puede suceder en ausencia del estímulo pues basta su mera imagen para que se vuelva a producir una reacción de ansiedad, la explicación a este fenómeno radica en el significado o interpretación personal que una persona le adjudica a un determinado evento (Sierra et al., 2003)

Para la teoría cognitiva es importante la influencia que tiene el procesamiento de la información en la manera en que las personas responden a las circunstancias

de su entorno. Por su parte, Eysenck et al. (2007) subrayan que la ansiedad patológica hace que el funcionamiento adecuado del sistema de atención dirigido a un objetivo se vea deteriorado y que la atención se centre en estímulos sin importancia.

Las teorías conductuales.

La teoría conductista clásica liderada por Watson no emplea el término ansiedad y en su lugar usa miedo y temor. Esta intenta ser objetiva pues se considera una rama experimental perteneciente a las ciencias naturales. Watson le da vital importancia a la observación de la conducta de un individuo sin ensayar inferencias ni interpretaciones (Carrasco, 2017).

La terapia conductual asume que el cambio de las conductas conduce al cambio de las emociones y las cogniciones. Desde su génesis esta terapia ha evolucionado hasta incluir la psicoterapia cognitiva cuyos primeros trabajos pertenecen a psicólogos como Albert Ellis y Aaron Beck (Kaczurkin y Foa, 2015).

La ansiedad desde este enfoque es el resultado de un proceso condicionado en el cual el individuo que lo experimenta interpreta erróneamente los estímulos de su alrededor pues los asocia con otros traumáticos aprendidos previamente que logran desencadenar sentimientos de angustia relacionados a la amenaza (Aguilar e Hidalgo, 2019).

Teoría cognitivo-conductual.

Este enfoque sugiere eliminar las etiquetas que plantean otras aproximaciones y esboza dirigir la atención hacia una visión multidisciplinaria en búsqueda de una mejor comprensión y tratamiento de los problemas mentales (Hernández y Sánchez, 2007). Esta técnica ha resultado ser particularmente efectiva en un amplio rango de trastornos mentales y ha sido asociada en la calidad de vida de pacientes con

ansiedad. La TCC es conocida por ser un tratamiento a corto plazo centralizado en las habilidades, cuyo objetivo es cambiar las respuestas emocionales desadaptativas mediante el cambio de los pensamientos, los comportamientos e incluso ambos en el paciente (Kaczurkin y Foa, 2015). Las terapias cognitivo conductuales representan la primera opción al elegir un tratamiento en trastornos de ansiedad, empero, sus resultados no suelen ser tan exitosos y un promedio del cincuenta por ciento de los pacientes logran resultados positivos (Garay et al., 2020). De acuerdo a los hallazgos obtenidos por Behar et al. (2009) existen 5 modelos cognitivos conductuales entre los cuales se encuentran; el modelo de preocupación como evitación y el TAG, el modelo de desregulación de la emoción, la terapia conductual basada en la aceptación, el modelo de la intolerancia a la incertidumbre entre otros.

Teoría de indefensión-desesperación.

La ansiedad y la depresión han sido objeto de estudio de forma sistemática durante muchos años usualmente debido a su alto grado de prevalencia en la población mundial (Camuñas et al., 2019).

Seligman y Maier (1967) acuñan el concepto de *indefensión* para explicar un fenómeno ocurrido en animales expuestos a choques eléctricos durante una sesión de condicionamiento clásico aversivo. Luego de ser expuestos a este estímulo aversivo de forma repetida, estos animales no podían aprender la tarea de evitación posterior. Según estos investigadores, existían tres indicadores que caracterizaban este tipo de respuesta; en primer lugar, los animales no mostraron intención de escapar a los choques eléctricos, déficit motivacional; en segundo lugar, no mostraban aprendizaje alguno luego de haber experimentado algún tipo de escape, déficit cognitivo; y, por último, carecían de respuestas durante los choques eléctricos, déficit afectivo-emocional. Beck et al. (2012) en su teoría de indefensión-

desesperación identificaron una alta comorbilidad entre la depresión y la ansiedad, es decir, cuando una persona experimenta ansiedad esta se siente incapaz de tomar control de eventos importantes que ocurran en su vida y esta incertidumbre se convierte eventualmente en desesperación y depresión. Desde la perspectiva de este modelo, se teoriza que la interrelación entre indefensión, desesperanza e incertidumbre puede determinar (parcialmente) cuando una persona padece ansiedad pura, ansiedad y depresión combinada o depresión. Personas inseguras de su capacidad para controlar situaciones particularmente difíciles son más propensas a experimentar depresión y ansiedad; finalmente, individuos que padecen indefensión relacionada a desesperanza son más propensos a experimentar depresión (González et al., 2011).

Teoría de la eficiencia de procesamiento.

En el transcurso de las últimas décadas, Eysenck y su equipo plantearon diferentes modelos en los cuales definen que la presencia de sesgos de atención frente a la información amenazante funciona como catalizador de los trastornos de ansiedad.

La primera fue la denominada teoría de la hipervigilancia de la ansiedad, según la cual las personas con ansiedad pasan por un doble proceso, el cual consiste, en primer lugar, abrir el foco de su atención (monitoreando continuamente su ambiente buscando posibles amenazas) y luego, cuando la amenaza es detectada, reducen, de modo excesivo, el foco sobre el estímulo ocasionando que se pierda cualquier obtención de información extra lo cual incide de forma negativa en respuesta posterior (Brugos, 2013).

Años posteriores se planteó un nuevo modelo denominado Teoría de Procesamiento Eficiente (Eysenck y Derakshan, 1997) en cual se afirma que además

de existir sesgos de atención que provocan la ansiedad también se incluyen los sesgos de interpretación.

Por su parte la teoría de procesamiento eficiente sugiere que durante la ocurrencia de un estímulo aversivo existe una reacción que causa ansiedad dependiendo si le provoca preocupación o no. Para estos autores la preocupación es un conjunto de expectativas con respecto al estímulo aversivo en función si consideran si este es inminente y probable y si se cree poseer la capacidad de enfrentarlo (Eysenck y Derakshan, 1997).

En esta teoría se propone que aquellas personas que muestren un rasgo de ansiedad alto consumen más recursos en la realización de una tarea y, en consecuencia, los pensamientos de preocupación obstaculizan la información que tiene mayor importancia, teniendo como resultado una disminución en el rendimiento individual (Ayada y Luis, 2018).

2.2.2. Depresión

En este apartado se presenta una revisión sobre las diversas perspectivas teóricas que abordan a la depresión.

Teorías cognitivas.

Dentro de las teorías psicológicas que explican la depresión, el modelo cognitivo de Aaron Beck ha continuado desarrollándose a través del tiempo, es una de las teorías que continúa en vigencia hasta la actualidad, la cual nace a partir de sus intervenciones terapéuticas influenciadas por las teorías del psicoanálisis siendo éstas poco efectivas en los pacientes deprimidos. Observó que muchos de los pacientes tenían pensamientos negativos, se culpaban a sí mismos y se percibían como incapaces. Para Beck, estas creencias eran disfuncionales y permitían que los síntomas de la depresión empeoren o se prolonguen (Beck et al., 2012).

La teoría cognitiva de Beck propone que cualquier impacto en la cognición conlleva a un cambio en el estado de ánimo y, por ende, cambios en la conducta. Por lo tanto, con el objetivo de tratar los diversos trastornos mentales, la terapia cognitiva plantea desarrollar estrategias mediante la modificación de la cognición. El paciente con depresión se auto percibe como una persona indigna, con incapacidad e indeseable, con problemas que no tienen solución y con una visión de desesperanza hacia el futuro (Korman y Sarudiansky, 2011).

Beck et al. (1979) señalan que esta teoría se desarrolla de acuerdo a 3 conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al pensamiento y las representaciones mentales, incluyendo el contenido, desarrollo, configuración de su percepción sobre ellas. El contenido cognitivo es el sentido que el sujeto atribuye a los pensamientos. Los esquemas son creencias que se conforman para procesar la información proveniente del medio (Vázquez et al., 2019).

La teoría cognitiva de la depresión, a su vez plantea un modelo de diátesis-estrés. Cuando un sujeto cree que los efectos de sus acciones no están relacionados con sus comportamientos, es decir son independientes, por ende, no pueden ser controlados. En consecuencia, las condiciones incontrolables deterioran las creencias de autoeficacia y dañan la motivación, generando así la indefensión aprendida (Vaid y Evans, 2016).

Teoría interpersonal.

Davidson et al. (2004) citado por Carrasco (2017) plantean que, desde el enfoque de la teoría interpersonal, la depresión se fundamenta en los planteamientos de la escuela de psiquiatría interpersonal, en la teoría del apego y los roles sociales.

El modelo interpersonal considera como principal elemento a las experiencias de la primera infancia, las cuales impactan en la subsecuente psicopatología. El modelo difiere de los enfoques psicoanalíticos clásicos que priorizan las experiencias tempranas y descartan los siguientes eventos de la vida. Utiliza la relación entre los acontecimientos de la vida actual y la presencia de los síntomas de la depresión como marco para contribuir en la mejora del paciente. Las experiencias perturbadoras pueden desarrollar el trastorno en personas vulnerables, y de este modo, un estado de ánimo deprimido que a su vez conduce al aislamiento social, cansancio, falta de concentración y como resultado, a otros eventos negativos (Hollon et al., 2002).

De la relación entre vulnerabilidad interpersonal y depresión, se desprenden 2 resultados importantes. En primer lugar, las características de las familias que tienen a un integrante con depresión son las complicaciones con el apego, problemas en la comunicación, cohesión, altos niveles de criticismo, disciplina severa. En ese mismo sentido, presentan poca calidez por parte de los padres, elevada hostilidad materna, ocasionando problemas entre los padres y los hijos durante la etapa de la adolescencia que producirá un incremento en síntomas interiorizados. Además, el rechazo por parte de las personas de su entorno, como la familia, amigos, profesores, generan síntomas depresivos durante la niñez y adolescencia. En segundo lugar, las personas con depresión presentan mayores problemas interpersonales (Garber, 2006).

El apego patológico durante la primera infancia tiene graves consecuencias en la capacidad de los adultos para experimentar e interiorizar relaciones positivas (Milrod et al., 2014). Al respecto, existen similitudes con diversos estudios que resaltan las relaciones interpersonales durante la infancia como una de las variables que mejor predice la depresión (Bernaras et al., 2019). García y Palazón (2010)

señalan cuatro puntos comunes de tensión que guardan relación con la depresión, la pérdida (duelo complicado), los conflictos (disputas interpersonales), el cambio (transiciones de vida) y los déficits en las relaciones con los demás (déficits interpersonales) que generan y mantienen un estado depresivo.

Teoría de la indefensión aprendida.

La indefensión aprendida, término acuñado por Seligman y Overmier en los años 60, se origina a partir de los experimentos en laboratorios con perros, observándose que aquellos que eran expuestos por primera vez a una descarga eléctrica inevitable no intentaron posteriormente huir de la descarga a pesar de tener la oportunidad de poder hacerlo (Curtis, 2017). Por lo tanto, la indefensión aprendida se origina al experimentar eventos incontrolables e impredecibles, generalmente traumáticos que se reflejan en la carencia de la capacidad para hacer frente a los desafíos de la vida futura; estos desafíos pueden ser conductuales, psicológicos y cognitivos. Experimentar eventos traumáticos incontrolables e impredecibles conduce a futuros fracasos para hacer frente a los desafíos ambientales son de considerable importancia empírica y teórica, e informan tanto el tratamiento psicológico de la depresión y el trastorno de estrés postraumático como la ciencia psicológica en general (Overmier y Molet, 2017).

Cuando un individuo cree que los resultados de sus acciones no están relacionados con sus comportamientos, es decir son independientes, por ende, están fuera de su control. En consecuencia, las condiciones incontrolables debilitan las creencias de autoeficacia y socavan la motivación, resultando así en una indefensión aprendida (Vaid y Evans, 2016).

Teniendo en cuenta que los resultados son considerados como incontrolables se realizaron investigaciones posteriores según la percepción sobre esa falta de

control, distinguiendo así la indefensión personal y universal. La indefensión personal describe la percepción de que los eventos no pueden ser controlados por las propias acciones, pero sí por las acciones de otros. La indefensión universal describe la percepción de eventos que no pueden ser controlados por nadie. La indefensión personal se genera cuando un individuo tiene una percepción escasa de autoeficacia, en cuanto a la indefensión universal inicia cuando un sujeto tiene bajas expectativas de su entorno. Cuando las personas se sienten indefensas, piensan que no hay nada que puedan hacer para mejorar su situación, por lo tanto, evitan intentarlo (Curtis, 2017).

La evidencia sostiene que los patrones de respuesta que derivan de una indefensión aprendida afectan de forma negativa en la salud física y mental. La teoría y su reformulación han sido útiles para comprender diversas afecciones humanas, especialmente la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Según la reformulación atribucional de la teoría, las personas se sienten indefensas cuando aprenden a atribuir causas internas, estables y globales a diversos eventos. Esta teoría aporta significativos alcances para el tratamiento, principalmente en problemas de salud mental como la depresión (Swanson y Dougall, 2017).

Teorías psicodinámicas.

Las teorías psicodinámicas definen a la depresión como una consecuencia de la poca capacidad para procesar emocionalmente eventos relacionados con alguna pérdida, lo que conduce a una ira interiorizada y un deterioro en la autoestima. El tratamiento está orientado a que el paciente logre disipar la ira y permitir un proceso de duelo más saludable, utilizando como medidas las técnicas psicodinámicas y la alianza terapéutica (Barber y Solomonov, 2016).

Freud planteó la teoría de la pérdida de seres queridos utilizando la visión psicodinámica de la depresión. Los terapeutas consideran que la raíz de la depresión se origina a partir de la pérdida de una persona o de un objeto. Freud manifestó que las personas con depresión presentan una tendencia a los sentimientos de baja autoestima y consideran ser los responsables de su pérdida, sin embargo, Freud consideraba que ellos no tenían culpa al respecto. Otra característica del depresivo es que sus pensamientos conducen a manifestar sentimientos de extrema aversión hacia sí mismos y como consecuencia, sienten que no tienen valor real, perdiendo así su autoestima. Los resentimientos consigo mismo, permiten el desarrollo de la depresión. Según los autores de esta teoría, los sentimientos saludables hacia sí mismos o la autoestima está influenciada por la relación con la madre durante la primera infancia. Es decir, la persona que no tiene experiencias positivas con su madre durante la niñez está predispuesta a desarrollar depresión. Freud fue el primer psicoterapeuta en utilizar al duelo como un término clínico (Tripathi et al., 2020).

Freud, Abraham y Klein fueron los primeros en considerar los trastornos depresivos desde la psicodinámica. Freud estudió las respuestas de los sujetos ante una situación de pérdida o decepción de una persona querida o pérdida de un ideal, con el objetivo de encontrar una explicación del por qué algunos reaccionan mediante el duelo (superado después de un período de tiempo) y otros tienden a la melancolía (actualmente llamada, depresión). El duelo es la respuesta que se produce ante la pérdida de un objeto externo, o un ser querido y a pesar de que se manifiesten importantes cambios en su actitud particular hacia la vida, no debe considerarse patológico. La melancolía, en cambio, emana de la pérdida del amor del objeto y es un proceso inconsciente donde se denota una significativa degradación de la autoestima. Dentro de este proceso también surge la culpabilidad, debido a que la

pérdida del objeto trae consigo auto reproches. Freud explica los síntomas de la melancolía como un desánimo intensamente doloroso, escaso interés en el exterior, dificultades en la capacidad de amar, cese de las actividades y ausencia de sentimientos egoístas llegando al auto reproche y ofensas hacia uno mismo, finalizando con la predisposición delirante de conseguir ser castigado. Como se puede observar, estos síntomas guardan similitud con la forma actual en que el DSM define a la depresión (Ribeiro et al., 2017).

Teoría conductual.

Las teorías conductuales plantean la depresión como el resultado de un proceso de aprendizaje que está vinculado con las relaciones desfavorables entre el individuo y su entorno (Bocanegra y Díaz, 2017). Estos supuestos están basados en los planteamientos realizados por Skinner (1953), es así que los primeros enfoques de aprendizaje fueron aplicados a la depresión, por tanto, desde esta perspectiva, la depresión se manifiesta como un proceso de extinción operante, es decir, el debilitamiento o extinción de la conducta se produce debido al cese de refuerzos positivos por parte del medio. Esta definición de la patología como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de la manifestación de la conducta ha sido esencial para el surgimiento de la mayoría de las posiciones conductuales (Caballo, 2007) expuestas a continuación.

Dentro del enfoque conductista, una de las principales teorías sobre la depresión fue propuesta por Charles Ferster, quien publica su artículo "A functional analysis of depression", en donde explica que la depresión nace a partir del refuerzo de conductas depresivas y al cese del refuerzo, o castigo de conductas no depresivas. En este sentido, el tratamiento debe estar orientado a acercar al paciente a situaciones que sean agradables, surgiendo así los primeros referencias teóricas para

lo que sería después la terapia de activación conductual (Hopko et al., 2003). Para Ferster, la depresión es la consecuencia del aprendizaje mediante el cual las acciones del sujeto no consiguieron ser recompensados de forma positiva por parte del ambiente, por ende, ante situaciones aversivas, se producen conductas de evitación o escape que se mantienen reforzadas de forma negativa (Barraca y Pérez, 2017).

Por otro lado, Lynn (1977) citado por Vásquez et al. (2019) postula que la depresión se origina como resultado de un déficit en las conductas de autocontrol, dentro del cual se incluyen las conductas de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento. Dentro de la autoobservación, surge el seguimiento selectivo de eventos negativos excluyendo a los positivos, además se manifiesta una atención y monitoreo selectivo de consecuencias inmediatas de su conducta, excluyendo relativamente a las consecuencias a largo plazo; en el déficit de la conducta del autocontrol, que también incluye a la autoevaluación, se presentan criterios rigurosos de autoevaluación; finalmente con respecto al autorrefuerzo, las personas con depresión se administran autorrefuerzos insuficientes y autocastigos excesivos.

2.3. Definición de la terminología empleada

- Ansiedad: Respuesta compleja de carácter emocional y fisiológico que se presenta cuando la persona afectada interpreta encontrarse bajo una circunstancia de riesgo o peligro preparando a su organismo a reaccionar de acuerdo a esa aparente amenaza (Díaz y De la Iglesia, 2019).
- Depresión: Trastorno caracterizado por afectar mental y físicamente a quienes lo sufren, usualmente acompañado por síntomas y signos como pérdida de interés, sentimientos de culpa, tristeza, llanto, ideas suicidas, etc. (Obando et al., 2021).

- Fobia: Miedos desmedidos e ilógicos frente a estímulos específicos que suelen ser acompañados con respuestas conductuales y fisiológicas de huida o lucha (Sánchez y Martínez, 2009).
- Trastornos mentales: Alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, interacciones con los demás que se manifiestan de diferentes maneras. Incluyen la ansiedad, la depresión, trastorno bipolar, entre otras (OMS, 2019).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo

Esta investigación corresponde al tipo correlacional debido a que tuvo como objetivo determinar la relación entre dos variables psicológicas (Hernández y Mendoza, 2018).

3.1.2. Diseño

En cuanto al diseño es no experimental debido a que no existen estímulos ni condiciones de prueba a las que se exponen las variables de estudio y se evaluó a los participantes en su contexto natural; asimismo es transversal, puesto que la medición se realizó en un solo momento (Arias y Covinos, 2021).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población que participó en la investigación estuvo conformada por 121 trabajadores de sexo femenino y masculino, entre las edades de 25 a 65 años a tiempo completo (8 horas), abarcando las áreas asistenciales y administrativas, con contrato dentro de planilla, que se encontraban laborando en una clínica en Lima en el año 2021.

Tabla 1

Descripción de la población de estudio

		frecuencia	Porcentaje
Área de Trabajo	Administrativo	58	47.9%
	Asistencial	63	52.1%
Sexo	Femenino	76	52.1%
	Masculino	45	37.2%
Edad	21-30	50	41.3%
	31-40	43	35.5%
	41-65	21	17.3%
Total		121	100%

La tabla 1 muestra que participaron más personal del área asistencial que del administrativo, que el número de mujeres participantes es superior al de hombres y que el rango de edad predominante entre los participantes es el perteneciente a 21-30 años.

Criterios de inclusión.

- Participación voluntaria y anónima.
- Aquellos que otorgaron su consentimiento.
- Trabajadores de áreas asistenciales y administrativas que se encontraban ejerciendo labores en una clínica en San Isidro en 2021.

Criterios de exclusión.

- Personal que se encontraba de licencia o vacaciones durante la ejecución del estudio.
- Aquellos que no aceptaron participar, ni otorgar su consentimiento.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

- HG: Existe relación entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.
- H0: No existe relación entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.

3.3.2. Hipótesis específica

- HE1: Existe relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima.
- H0: No existe relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima.

3.4. Variables – Operacionalización

Tabla 2

Operacionalización de la variable ansiedad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Ansiedad	Es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, generalmente asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.	Puntaje obtenido en La Escala de Ansiedad de Lima (EAL 20) de Lozano y Vega.	Fobia social Agorafobia Ansiedad psíquica Síntomas físicos	3, 5, 11, 15, 19 1, 7, 9 2, 6, 10, 12, 13, 14, 18 4, 8, 16, 17, 20	Ordinal

Tabla 3

Operacionalización de la variable depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Depresión Mayor	Estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (Villarreal-Zegarra et al., 2019).	Puntaje obtenido en el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) de	Unidimensional	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	Ordinal

3.5. Métodos y técnicas de investigación

El método utilizado para esta investigación, de acuerdo con Bernal (2016) fue el método hipotético deductivo. Según el tipo de análisis el enfoque es cuantitativo, ya que permite utilizar la recolección de datos, la medición numérica y el análisis estadístico para probar la hipótesis.

Técnica: Se empleó la encuesta, que es una técnica de recolección de datos cuyo objetivo es conseguir de manera sistemática información de la población previamente elegida (López y Fachelli, 2015).

Instrumentos: En esta investigación se utilizó los formularios de Google (Google forms) como instrumento de recolección de datos, debido que, este es un medio eficaz y útil para obtener información en un tiempo relativamente corto (Casas et al., 2006).

A continuación, se detallarán las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados:

3.5.1. Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems – (EAL-20)

Descripción general.

Esta prueba se aplica para diagnosticar el estado de ansiedad, fue realizada por Lozano y Vega (2019). Inicialmente, en el 2004 la Escala de Ansiedad contaba con 130 ítems, pero al ser aplicada se tenía como obstáculo la gran cantidad de ítems y su dificultad para evaluar a pacientes con diversos problemas de salud mental, lo cual lleva a Lozano y Vega (2019) a crear y validar una versión más corta, siendo esta la Nueva Escala de Ansiedad de 70 ítems (NEA-70), la que se ajustaba exactamente los cinco factores de ansiedad que medía la inicial, con un 98% de eficacia y confiabilidad ($p < 0.01$).

Está conformada por cuatro dimensiones.

- Síntomas físicos: Se mide por los ítems: 4, 8, 16, 17, 20.
- Fobia social: Se mide por los ítems: 3, 5, 11, 15, 19.
- Ansiedad psíquica: Se mide por los ítems: 2, 6, 10, 12, 13, 14, 18.
- Agorafobia: 1, 7, 9.

Validez y confiabilidad.

En cuanto a la validez, Lozano y Vega (2019) utilizaron un análisis factorial de matriz policórica de la EAL-20 con el método de rotación de varimax, para comprobar la validez del constructo. Por este método se logró identificar cuatro dimensiones de la ansiedad: fobia social, ansiedad psíquica, síntomas físicos y agorafobia, los cuales explicaron el 80% de la varianza total. Se revisó la fiabilidad del instrumento por el método de consistencia interna, en donde se obtuvo un valor alfa de Crombach de 0.889.

Baremos.

Los umbrales recomendados son:

- 10 - 20 puntos = presencia de síntomas de ansiedad.
- 0 – 9 puntos = ausencia de síntomas de ansiedad.

3.5.2. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ9)

Su objetivo es facilitar en el diagnóstico de depresión utilizando los criterios del DSM-IV y establecer la severidad del trastorno. También se puede emplear para observar los cambios que tiene un paciente a lo largo del tiempo. Incluye 9 ítems con respuestas tipo Likert, puntuando de 0 a 3 en referencia a las últimas dos semanas. Obtenemos una puntuación total de 0 a 27 en su corrección.

Validez y confiabilidad en población peruana.

Villarreal-Zegarra et al. (2019) analizaron las propiedades psicométricas en una muestra de 30.449 participantes peruanos, el 56,7 % eran mujeres, la edad media

fue de 40.5 años (desviación estándar = 16.3), el 65,9% vivía en zona urbana y el 74,6% eran casados. Se revisó la validez de constructo en donde se realizó el análisis factorial confirmatorio, en donde el modelo de un solo factor presentó el mejor ajuste (CFI = 0,936; RMSEA = 0,089; SRMR = 0,039), confirmando el modelo teórico del instrumento. En cuanto a la fiabilidad de PHQ-9, se analizó la consistencia interna en donde se halló un coeficiente Omega de 0.87. Los autores concluyeron que el instrumento cuenta con evidencia de validez y confiabilidad adecuada en población peruana.

Baremos.

Los umbrales recomendados son:

- 1-4: depresión mínima.
- 5-9: depresión leve.
- 10-14: depresión moderada.
- 15-19: depresión moderadamente grave.
- 20-27: depresión grave.

3.6. Procesamiento de los datos

En cuanto al proceso estadístico. Primero se trasladó la base de datos creada en el programa Excel 2007 al programa IBM SPSS V 24. Para ello se identificaron inicialmente las frecuencias y porcentajes de la distribución sociodemográfica. Luego se procedió a desarrollar el análisis descriptivo (media, desviación estándar, entre otros) de las variables como también de sus respectivas dimensiones, en donde se obtuvo las frecuencias y porcentajes para los niveles de ambas variables, las cuales fueron exportadas en tablas y figuras según las normas APA junto con su respectiva interpretación. Seguidamente se procedió a revisar la bondad de ajuste de la muestra poblacional para determinar si los datos obtenidos presentan una distribución normal

o una distribución no normal. Para ello se utilizó el estadístico de bondad de ajuste Kolmogorov – Smirnov. Por último, se procedió a comprobar la hipótesis general como también las hipótesis específicas de correlación. Para hallar la correlación entre las variables se utilizó el coeficiente rho de Spearman.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

Tabla 4

Medidas descriptivas de las variables

	Mínimo	Máximo	μ	σ
Depresión	0	15	3.930	4.380
Ansiedad	0	16	4.170	3.953
Síntomas físicos	0	4	0.736	1.131
Fobia social	0	7	1.967	1.940
Ansiedad psíquica	0	5	0.959	1.234
Agorafobia	0	3	0.595	0.725

En la tabla 4 se muestran los principales estadísticos descriptivos donde se aprecia que la variable depresión obtuvo una media de 3.930 y desviación estándar de 4.380 observándose puntajes máximos de 15; por su parte, la variable ansiedad obtuvo una media de 4.170 y desviación estándar de 3.953 pudiéndose apreciar puntajes máximos de 16; por otro lado, la dimensión síntomas físicos obtuvo una media de 0.736 y una desviación estándar de 1.131 apreciándose puntajes máximos de 4; asimismo, la dimensión ansiedad psíquica arrojó una media de 0.959 y desviación estándar de 1.234 obteniendo puntajes máximos de 5; la dimensión agorafobia mostró una media de 0.595 y desviación estándar de 0.725 con puntajes máximos de 3. Mientras que la dimensión fobia social presentó una media más alta que el resto de las dimensiones (1.967) y su desviación estándar fue de 1.940 con puntajes máximos de 7.

Tabla 5

Niveles de ansiedad

Niveles	fi	%
Leve	103	85.1%
Moderada	18	14.9%
Total	121	100%

La tabla 5 presenta las frecuencias (fi) y porcentajes (%) de los niveles de ansiedad presentes en la población de estudio, de acuerdo al punto de corte establecido por Lozano y Vega (2019). Se puede apreciar que el 85.1% (103) presentan un nivel de ansiedad leve y el 14.9% (18) un nivel moderado.

Tabla 6

Niveles de depresión

	fi	%
Mínima	81	66.9%
Leve	22	18.2%
Moderada	16	13.2%
Moderadamente grave	2	1.7%
Total	121	100%

La tabla 6 presenta las frecuencias (fi) y porcentajes (%) de los niveles de depresión presentes en la población de estudio. Se observa que el 66.9% (81) tiene un nivel de depresión mínimo, el 18.2% (22) un nivel leve, el 13.2% (16) un nivel moderado y el 1.7% (2) un nivel moderadamente grave.

Tabla 7

Análisis de distribución normal de las variables de estudio

Kolmogórov-Smirnov	Z	gl	Sig.
Depresión	0.215	121	0.000
Ansiedad	0.196	121	0.000
D1. Síntomas físicos	0.312	121	0.000
D2. Fobia social	0.286	121	0.000
D3. Ansiedad psíquica	0.302	121	0.000
D4. Agorafobia	0.331	121	0.000

La tabla 7 muestra los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov, en donde se aprecia que el puntaje total de las variables presenta una distribución no normal por tal razón se considera adecuado el empleo de pruebas no paramétricas.

4.2. Contrastación de hipótesis

4.2.1. Relación entre ansiedad y depresión

Tabla 8

Correlación entre ansiedad y depresión

		Ansiedad
Depresión	Rho	0.788
	p	0.000
	n	121

En la tabla 8 se observan los resultados del análisis de correlación de Spearman entre Depresión y Ansiedad. De acuerdo al análisis, se obtuvo una correlación de tipo positivo, de nivel alto y significativo ($\rho=0.788$; $p<0.01$). Es decir, mientras mayor sea la ansiedad, mayor será la depresión en el personal médico participante en este estudio. Tomando en cuenta el valor de significancia estadística se confirmó la hipótesis general, es decir, existe relación entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.

4.2.2. Relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión

Tabla 9

Correlación entre depresión y dimensiones de ansiedad

		Síntomas físicos	Fobia social	Ansiedad psíquica	Agorafobia
Depresión	Rho	0.712	0.760	0.718	0.163
	p	0.000	0.000	0.000	0.045
	n	121	121	121	121

En la tabla 9 se observan los resultados del análisis de correlación de Spearman entre depresión y las dimensiones de ansiedad. De acuerdo al análisis, se obtuvo una correlación de tipo positivo y significativo en las dimensiones; síntomas físicos ($\rho=0.712$; $p<0.01$); fobia social ($\rho=0.760$; $p<0.01$), ansiedad psíquica

($\rho=0.718$; $p<0.01$) y agorafobia ($\rho=0.163$; $p<0.05$). Es decir, mientras mayores sean los síntomas físicos, la fobia social, ansiedad psíquica y agorafobia, mayor será la depresión en el personal de la clínica. Tomando en cuenta el valor de significancia estadística se comprobó la hipótesis específica, la cual afirma que existe relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021, a continuación se discuten los resultados obtenidos.

En relación al objetivo general, se halló una correlación estadística de tipo positiva, de nivel alto y muy significativa ($\rho=0.788$; $p<0.01$) entre las variables ansiedad y depresión, es decir, mientras mayores sean los síntomas de ansiedad, mayor es la depresión en el personal asistencial y administrativo de la clínica. Tomando en cuenta el resultado de significancia estadística, se aceptó la hipótesis general, la cual afirma que existe relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.

Resultados similares reportaron Fernández et al. (2019) quienes hallaron una correlación positiva y significativa ($\rho=0.362$; $p<0.01$) entre ansiedad y depresión en una muestra de enfermeras de la ciudad de México. Mientras que Aguilar (2020) hallaron una correlación positiva y estadísticamente significativa ($\rho=0.3$; $p<0.01$) entre depresión y ansiedad en profesionales de la salud de un hospital público en Arequipa. Igualmente, Gómez et al. (2021) hallaron una correlación positiva y estadísticamente significativa ($\rho=0.500$; $p<0.01$) en personal sanitario de un hospital público en México.

Chávez et al. (2021) afirma que los médicos que interactúan frecuentemente con pacientes COVID-19 tienen mayor posibilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión con severidad leve, asimismo, los autores señalan en su investigación sobre salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena en pandemia COVID-19 realizado en Paraguay que el personal médico que estuvo en riesgo de

desarrollar síntomas de ansiedad tuvo significativamente alto riesgo de depresión, siendo el factor más asociado a la ocurrencia de esta sintomatología la carga horaria de 12 horas o más.

De acuerdo al primer objetivo específico, el cual fue describir el nivel de ansiedad en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021, la tabla 5 presenta que de acuerdo al punto de corte establecido por Lozano y Vega (2019) el 85.1% (103) presenta un nivel de ansiedad leve y el 14.9% (18) un nivel moderado. Pudiendo afirmar que la mayoría del personal clínico presenta un nivel de ansiedad leve. Al respecto Onofre et al. (2021) halló en una investigación a profesionales de una Jurisdicción Sanitaria en el periodo de pandemia por COVID-19 que una pequeña porción de su población presentó ansiedad extremadamente moderada y severa. Resultado similar obtuvieron Tan et al. (2020), con un 14.5% de participantes positivos por ansiedad en un estudio realizado a personal médico en Singapur para medir el impacto psicológico producido por el COVID-19.

Con respecto al segundo objetivo específico, el cual fue describir el nivel de depresión en personal asistencial y administrativos de una clínica de Lima en pandemia en el año 2021, se aprecia que el 13.2% (16) tiene nivel de depresión moderado y el 1.7% (2) tiene un nivel de depresión moderadamente grave. Es decir que un 14.9% de personal clínico tiene problemas para procesar emocionalmente eventos que se relacionen con una pérdida y afecten su autoestima (Barber y Solomonov, 2016). Esta cifra se asemeja a la obtenida por Onofre et al. (2021) con un 19.7% de prevalencia de casos en México, a diferencia del resultado hallado por Lai et al. (2020) quienes reportaron una prevalencia más alta, con un 50.4%.

En cuanto al tercer objetivo específico, el cual fue determinar la relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en el personal de la clínica. Se hallaron

correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre depresión con las dimensiones síntomas físicos ($\rho=0.712$; $p<0.01$), fobia social ($\rho=0.760$; $p<0.01$), ansiedad psíquica ($\rho=0.718$; $p<0.01$) y agorafobia ($\rho=0.163$; $p<0.05$). Es decir, mientras mayores sean los síntomas físicos, la fobia social, ansiedad psíquica y agorafobia, mayor es la presencia de depresión en el personal de la clínica. Tomando en cuenta el valor de significancia estadística hallada, se comprobó la hipótesis específica, la cual afirma que existe relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima en pandemia, 2021.

Cabe señalar que la ansiedad psíquica incluye síntomas como nerviosismo, angustia, agitación y temor sin motivo (Lozano y Vega, 2019). Según Seligman y Maier (1967) la ansiedad psíquica agrupa toda la sintomatología de carácter subjetivo que sufre un individuo. Según González et al. (2011) la fobia social tiene como particularidad la presencia de miedo o ansiedad intensa durante el periodo en que el individuo se siente examinado por otras personas. Por otro lado, la agorafobia es uno de los trastornos mentales más incapacitantes (Ribeiro et al., 2017) puesto que perjudica la vida de las personas en distintos ámbitos sociales. La OMS (2019) menciona que la agorafobia es el miedo a estar en lugares que podrían causar pánico o sentir la sensación de estar atrapado y no contar con la ayuda de alguien para escapar de esa situación, por tal razón el individuo opta por evitar estos lugares. Teismann et al. (2019) señalaron que la comorbilidad de este trastorno con otros trastornos depresivos y otros de ansiedad pueden desencadenar un elevado riesgo suicida. Lozano y vega (2019) consideran que la dimensión síntomas físicos está compuesta por molestias en el pecho, sensación de inestabilidad, parestesias, escalofríos y síntomas de disnea.

5.2. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente.

- Con respecto al objetivo general, se determina que, en una muestra representativa de personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, existe una relación de tipo positivo, de nivel alto y estadísticamente significativo entre las variables ansiedad y depresión. Esto significa que, a mayor presencia de síntomas de ansiedad, es mayor la ocurrencia de síntomas depresivos.
- Con respecto al primer objetivo específico se halló que el 85.1% (103) presentan un nivel de ansiedad leve y el 14.9% (18) un nivel moderado.
- Con respecto al segundo objetivo específico se observa que el 66.9% (81) tiene un nivel de depresión mínimo, el 18.2% (22) un nivel leve, el 13.2% (16) un nivel moderado y el 1.7% (2) un nivel moderadamente grave.
- Con respecto al tercer objetivo específico, se comprobó que existe una correlación de tipo positivo y estadísticamente significativa entre las dimensiones de ansiedad y depresión. Es decir, a mayor presencia de síntomas físicos, fobia social, ansiedad psíquica y agorafobia, mayor es la presencia de depresión en el personal de la clínica.

5.3. Recomendaciones

De acuerdo con las conclusiones, se consideró como recomendaciones lo siguiente:

- Se recomienda realizar un estudio en personal de otras sedes de la clínica y así poder ampliar la muestra de estudio.

- Realizar frecuentes monitoreos respecto a la salud mental de los trabajadores con el fin de poder identificar alguna problemáticas relacionadas a la salud mental a tiempo.
- Informar y orientar acerca de la ansiedad, depresión, así como de diversas problemáticas relacionadas a la salud mental, mediante la creación de campañas psicoeducativas que puedan fomentar técnicas de autocuidado y de bienestar psicológico.

REFERENCIAS

- Abanto, J. (2021). *Consecuencias psicológicas de la pandemia por la covid-19 en personal de salud. Hospital Regional docente de Cajamarca, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4097>
- Aguilar, D. e Hidalgo, M. (2019). *El Docente y sus niveles de ansiedad en el desempeño laboral en el cantón Milagro Provincia del Guayas* [Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4838>
- Aguilar, J. (2020). *Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10370>
- Aly, H., Nemr, N., Kishk, R. & Elsaid, N. (2021). Stress, anxiety and depression among healthcare workers facing COVID-19 pandemic in Egypt. *BMJ Open*, 11(4), 12-25. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-045281>
- American Psychiatric Association. (2017, mayo). *Más allá de la preocupación*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Arias, J. y Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting.
- Asmundson, G. & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 72-90. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>

- Ayada, C. y Luis, S. (2018). *El papel de la ansiedad en la capacidad de memoria de trabajo* [Tesis de pregrado, Universidad de la Laguna]. Repositorio digital de la Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/9947>
- Bandura, A. & Adams, N. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *In Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 25-36.
- Barber, J. y Solomonov, N. (2016). Teorías Psicodinámicas. *APA Handbook of Clinical Psychology*, 2(34), 53-77. <http://dx.doi.org/10.1037/14773-003>
- Barraca, J. y Pérez, M. (2017). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *In Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Descleé De Brower.
- Behar, E., Di Marco, I., Hekler, E., Mohlman, J. & Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Bernal, C. (2016). *Metodología de la investigación* (4^{ta} ed.). Pearson Educación.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J. & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10(2), 543-575. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00543>
- Beutel, M., Greenberg, L., Lane, R. & Subic-Wrana, C. (2019). Treating anxiety disorders by emotion-focused psychodynamic psychotherapy (EFPP)—An

integrative, transdiagnostic approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1002/PPP.2325>

Bocanegra, S. y Díaz, M. (2017). *La depresión en la adolescencia: Conceptualización, teorías explicativas y tratamientos*. Editorial UNAD. <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/issue/view/175>

Brugos, D. (2013). *Sesgos cognitivos atencionales y de interpretación en personas mayores con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/14323>

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI de España.

Camuñas, N., Mavrou, I. y Miguel-Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 19-28. <https://doi.org/10.5944/rppc.23003>

Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), 181-195.

Casas, J., García, J. y González, F. (2006). Guía técnica para la construcción de cuestionarios. *Odiseo Revista Electrónica de Pedagogía*, 3(6), 120-130.

Chávez, L., Marcet, G., Ramírez, E., Acosta, L., Samudio, M. y Chávez, L. (2021). Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 11(1), 74-79.

- Crocq, M. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107-115. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/MACROCQ>
- Curtis, R. (2017). Self-Defeating Behaviors. *Encyclopedia of Human Behavior*, 2(3), 307–313. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.06551-2>
- Delgado, E., De La Cera, D., Lara, M. y Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Díaz, K. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa Psicológica*, 16(1), 42–50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Eysenck, M. & Derakshan, N. (1997). Cognitive biases for future negative events as a function of trait anxiety and social desirability. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 597-605. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00258-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00258-9)
- Eysenck, M., Derakshan, N., Santos, R. & Calvo, M. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Journal Emotion*, 7(2), 336-353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fernández, A., Estrada, M. y Arizmendi, E. (2019). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería y Neurología*, 18(1), 29-40.
- Freud, S., Strachey, J. & Strachey, A. (1977). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Norton New York.
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2020). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21.

- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104-125. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2006.07.007>
- García, J. y Palazón, P. (2010). *Afronta tu depresión*. Desclée de Brouwer.
- Gómez, L., Ocampo, S., Montoya, D., Valtierra, C., Rentería, F., Vázquez, M., Reyna, A. y Rodríguez, V. (2021). Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría. *Lux Médica*, 16(48), 12-25.
- González, A. y Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina Clínica*, 155(9), 392–394. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.009>
- González, C., Ángel, E. y Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psicología*, 5(1), 59–72. <https://doi.org/10.21500/19002386.1122>
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red. http://books.google.com/books?id=EzlwZg_aH6AC&pgis=1
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Hollon, S., Thase, M. & Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39–77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>
- Hopko, D., Lejuez, C., Ruggiero, K. & Eifert, G. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699-717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)

- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L. & Zhao, J. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10), 497-506.
- Huarcaya, V. y Jeff, D. (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>
- Jemal, K., Deriba, B., Geleta, T., Tesema, M., Awol, M., Mengistu, E. & Annous, Y. (2021). Self-Reported Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress Among Healthcare Workers in Ethiopia During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1363–1373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S306240>
- Kaczurkin, A. & Foa, E. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-345. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/AKACZKURKIN>
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 49-55.
- Kontis, V., Bennett, J., Rashid, T., Parks, R., Pearson-Stuttard, J., Guillot, M., Asaria, P., Zhou, B., Battaglini, M., Corsetti, G., McKee, M., Di Cesare, M., Mathers, C. & Ezzati, M. (2020). Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries. *Nature Medicine*, 26(12), 1919–1928. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1112-0>

- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119–145.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 142-156. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.3976>
- Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy*, 51(2), 224-245. <https://doi.org/10.1037/a0033815>
- López, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Editorial UBA.
- Lozano, A. y Vega, J. (2019). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), 226-235. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>
- Menacho, V. (2020). *Prevalencia y factores asociados al estrés, ansiedad y depresión, en médicos que laboran en áreas Covid-19, Lima – Perú, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3913>
- Milrod, B., Markowitz, J., Gerber, A., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M. & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34–43. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2013.13060781>

- Obando, E., Anchante, D. y Chaparro, N. (2021). *Ansiedad y depresión por cuarentena en deportistas de la ciudad de Arequipa, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio digital de la Universidad Autónoma de Ica. <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1182>
- Onofre, M., Rodríguez, S., Jaramillo, J., Salazar, J., Hernández, M. & Luna, O. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(4), 6837–6857. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804
- Organización Mundial de la Salud. (2017, mayo). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, noviembre). *Trastornos mentales*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, diciembre). *Enfermedad por coronavirus*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, enero). *Salud Mental*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Overmier, J. & Molet, M. (2017). *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47829-6_1041-1
- Özdin, S. & Bayrak, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>

- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. & Von-Doellinger, O. (2017). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(1), 105–109. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>
- Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 2-14.
- Rivera, L., Núñez, G. y Núñez, M. (2021). Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud vacunado contra el COVID 19 del Hospital de Apoyo Camaná - Arequipa 2021. *SCIENTIARVM*, 7(2), 47–50. <https://doi.org/10.26696/SCI.EPG.0140>
- Rodríguez, R., Garrido, H. & Bueno, N. (2020). Working in the Times of COVID-19. Psychological Impact of the Pandemic in Frontline Workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 125-136. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17218149>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M. y Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de Salud Mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-19. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>
- Sánchez, J. y Martínez, J. (2009). Reactividad fisiológica periférica y actividad cerebral en las fobias específicas. *Escritos de Psicología*, 3, 43–54.
- Sánchez, M. (2021). *Estrés, Ansiedad y Depresión en Profesionales Asistenciales, Área COVID-19 del Hospital Virgen de Fátima 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza]. Repositorio de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/2400/statistics>

- Seligman, M. & Maier, S. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/H0024514>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y Subjetividad*, 3(1), 10–59.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Swanson, J. & Dougall, A. (2017). Learned Helplessness. *The Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 2(4), 525–530. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.06475-0>
- Tan, B., Chew, N., Lee, G., Jing, M. & Goh, Y. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *ACP Journal Club Archives*, 173(4), 317–320. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>
- Teismann, T., Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2019). Positive mental health, positive affect and suicide ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.003>
- Tripathi, A., Martinez, E., Obaidullah, A., Mousley, C., Kellogg, G. & Bankaitis, V. (2020). Correction: Functional diversification of the chemical landscapes of yeast Sec14-like phosphatidylinositol transfer protein lipid-binding cavities. *The Journal of Biological Chemistry*, 294(5), 1368-1378.
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urizar, A., Zapata-Pizarro, A., Irrarrázaval-Domínguez, M., Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urizar, A., Zapata-Pizarro, A. e Irrarrázaval-Domínguez, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1121–1127. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>
- Vaid, U. & Evans, G. (2016). *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press.

- Valdivia, M. (2021). *Depresión, ansiedad e insomnio asociados a exposición al covid-19 en médicos de los hospitales de la región Piura* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad Cesar Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60798>
- Vásquez, F., Otero, P. y Blanco, V. (2019). *Guía de Intervención de la Depresión. Síntesis.*
- Vásquez, L. (2020). *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49971>
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 8, 417-449.
- Veloz, A., Pachacama, N., Segovia, C., Vaca, D., Veloz, E. y Veloz, M. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 29(4), 330–339. <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.708>
- Villagra, G. (2021). *Ansiedad y depresión según la Escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de COVID-19 en el personal médico y de enfermería del Hospital Goyeneche 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10845>
- Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Meléndez-Torres, G. & Bazo-Álvarez, J. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient

Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE*, 14(9), 1-15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

Weibelzahl, S., Reiter, J. & Duden, G. (2020). Pandemic-Induced Depression and Anxiety in Healthcare Professionals. *Epidemiology and infection*, 149, 46-55.
<https://doi.org/10.1017/S0950268821000303>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021?	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021.</p> <p>Objetivos específicos: 1) Describir el nivel de ansiedad en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021. 2) Describir el nivel de depresión en el personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021.</p>	<p>Hipotesis general: HG: Existe relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021. H0: No existe relación entre ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas: H1: Existe relación entre las dimensiones de ansiedad y depresión en personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima durante la pandemia, 2021.</p>	<p>Variable 1: Ansiedad: será medida a través de las siguientes dimensiones: - Síntomas físicos. - Agorafobia. - Ansiedad psíquica. - Fobia social.</p> <p>Variable 2: Depresión: será medida de forma unidimensional.</p>	<p>Tipo: Correlacional Diseño: No experimental Población: Personal asistencial y administrativo de una clínica de Lima. Instrumentos de medición: • Escala de Ansiedad de Lima (EAL20) de Lozano y Vega. • Patient Health Questionnaire (PHQ-9) de Villareal-Zegarra y Caveró.</p>

3) Establecer la relación clínica de Lima durante la
entre las dimensiones de pandemia, 2021.
ansiedad y depresión en el H0: No existe relación
personal asistencial y entre las dimensiones de
administrativo de una ansiedad y depresión en
clínica de Lima durante la personal asistencial y
pandemia, 2021. administrativo de una
clínica de Lima durante la
pandemia, 2021.

Anexo 2: Instrumento de evaluación 1
ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

Ficha Técnica

Nombre Original	: “Escala De Ansiedad De Lima 20 (EAL-20)”
Autor	: Lozano y Vega
Año	: 2019
Procedencia	: Perú
Adaptación peruana:	: Original de Perú
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: 10 a 12 minutos
Aplicación	: A mayores de 16 años
Puntuación	: 10 a 20 puntos totales
Significación	: Estructura factorial (4 factores de ansiedad): <ul style="list-style-type: none">✓ Síntomas físicos✓ Fobia social✓ Ansiedad psíquica✓ Agorafobia
Tipificación	: Baremos peruanos
Usos	: En evaluación pedagógica o clínica
Materiales	: Cuestionario, hoja y lápiz

INSTRUCCIONES

En relación a cómo se ha sentido en la última semana. Marque "Sí" o "No"

N.º	Ítem	Sí	No
1	Me da miedo alejarme de mi casa.	Sí	No
2	Me he sentido aturdido o confundido.	Sí	No
3	Tengo miedo de conocer gente nueva.	Sí	No
4	He sentido que me falta el aire o me ahogo.	Sí	No
5	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado.	Sí	No
6	He sentido miedo sin motivo.	Sí	No
7	Me da miedo estar en lugares altos.	Sí	No
8	He sentido dolor o presión en el pecho.	Sí	No
9	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	Sí	No
10	Tiendo a sentirme nervioso.	Sí	No
11	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo.	Sí	No
12	Me he sentido agitado o alterado.	Sí	No
13	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo.	Sí	No
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta.	Sí	No
15	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir.	Sí	No
16	Me siento inseguro, como si me fuera a caer.	Sí	No
17	Tengo escalofríos frecuentemente.	Sí	No
18	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible.	Sí	No
19	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer.	Sí	No
20	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo.	Sí	No

AUTORIZACIÓN EAL 20



Paloma Luque Iormo
Get Outlook para Android

Jue 26/08/2021 15:10



EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS <edward.lozano.v@upch.pe>

Jue 26/08/2021 09:13

Para: Usted



Estimada

Paloma Luque

Gracias por tu mensaje y qué bueno que estén interesados en investigar en temas de salud mental

Les damos permiso para usar los instrumentos validados.

Te envío un Link en donde podrán encontrar los instrumentos, las instrucciones para su calificación y sus respectivas referencias bibliográficas que se han validado en el Perú para detectar la presencia de ansiedad, depresión y miedo al COVID-19.

https://es.padlet.com/edward_lozano_v/hz4gggb7s50d3b6i

Anexo 2: Instrumento de evaluación 2

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

Ficha Técnica:

Nombre	: Cuestionario de Salud del Paciente – Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
Año	: 2019
Procedencia	: Estados Unidos
Autor Original	: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.
Adaptación Española	: Diez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL.
Adaptación peruana:	: David Villarreal-Zegarra, Anthony Copez-Lonzoy, Antonio, Bernabé, Meléndez-Torres, Juan Carlos Bazo-Álvarez
Tipo de instrumento	: Estructurada
Tipo de administración	: Autoaplicada
Población	: Adultos
N.º de ítems	: 9
Tiempo de administración	: 10 min

En los últimos 14 días, usted ha sentido molestias o problemas como:

Para
nada

Varios
días (1 a 6
días)

La mayoría
de días
(7 a 11 días)

Casi
todos los
días (12 días
a más)

- ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?
 - ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?
 - ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?
 - ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?
 - ¿Poco apetito o comer en exceso?
 - ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?
 - ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?
 - ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?
 - ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?
-

AUTORIZACIÓN PHQ9

← Solicitud para autorización del PHQ9

PT Paloma Luque Tormo (Sin texto de mensaje) Jun 26/08/2021 21:18

DV David Villarreal-Zegarra <dwillarrealzegarra@gmail.com> Jun 26/08/2021 18:30

Para: Usted

Hola Paloma, sientete libre de utilizarla
Aquí toda la info
<https://journals.plos.org/plosone/article/authors?id=10.1371/journal.pone.0221717>

Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics

Objective Analyze the measurement invariance and the factor structure of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in the Peruvian population. Method Secondary data analysis performed using cross-sectional data from the Health Questionnaire of the Demographic and Health Survey in Peru. Variables of interest were the PHQ-9 and demographic characteristics (sex, age group, level of education, socioeconomic status, marital status, and area of residence). Factor

journals.plos.org