

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, HUANCAYO – 2017**

PRESENTADA POR LAS BACHILLERES:

**ANTICONA ESCOBAR, Eva Diana
MALDONADO MELGAR, Marisol Mazzini**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

HUANCAYO - PERÚ

2017

ASESOR
Dr. WILBERT TOMÁS BARZOLA HUAMÁN

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional del Centro del Perú y a la Facultad de Medicina Humana, por habernos formado profesionales.

A nuestros padres y hermanos, por brindarnos su apoyo en la culminación de nuestros estudios, de igual manera agradecemos a nuestros docentes, especialmente a los Psiquiatras: Dr. Aristóteles Huamaní Janampa y al Dr. Wilbert Barzola Huamán por el apoyo incondicional en la elaboración y culminación de nuestro trabajo de Investigación.

Asimismo, agradecemos al personal médico del Hospital Daniel Alcides Carrión por el apoyo brindado durante la realización del trabajo de investigación.

Las autoras.

DEDICATORIA

A Dios, ser supremo y dueño del universo.

*A nuestros padres, hermanos y a docentes,
que nos apoyaron y guiaron
incondicionalmente en el camino de nuestra
formación profesional.*

CONTENIDO

CONTENIDO	V
RESUMEN	VI
ABSTRAC	VII
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS	15
2.1 Tipo de investigación	15
2.2 Nivel de investigación	16
2.3 Población y muestra	16
2.4 Método utilizado	17
2.5 Diseño de la investigación	18
2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
2.7 Validación de los instrumentos de investigación	21
2.8 Procedimiento de recolección de datos	23
2.9 Lugar de ejecución	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS	26
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	51
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	53
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	60

RESUMEN

La ansiedad y depresión constituyen los desórdenes mentales más frecuentes de la psiquiatría. El personal de salud no está exento a presentar estos desórdenes. Los cuales influyen de forma negativa a nivel biopsicosocial, resultando en ausentismo laboral, deterioro en el desempeño laboral, entre otros.

El objetivo del siguiente trabajo es identificar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. Se establece bajo las bases conceptuales de Beck.

La investigación es observacional descriptiva-transversal y prospectiva. En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 241 sujetos (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería) entre varones y mujeres miembros del personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo; seleccionadas por muestreo no probabilístico. El instrumento de evaluación fue el Inventario Beck para ansiedad y depresión, ambos ya validados; para su confiabilidad se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,87. Se realizó recolección de datos, previo consentimiento informado. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 23 y Microsoft Excel 2013; donde se presentan las frecuencias y porcentajes.

Se presentó un 69% de depresión en comparación con un 75% de ansiedad en los trabajadores de salud. Los niveles de depresión presentados fueron: Mínima (30,29%), leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%); en tanto los niveles de ansiedad fueron: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%).

Palabras clave:

- AVAD: Años de vida asociados a discapacidad
- CIE10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- BAI: Escala de Ansiedad Beck
- BDI: Escala de Depresión Beck

ABSTRACT

The anxiety and depression constitute the most frequent mental disorders of the psychiatry. The health personnel is not exempt to present these disorders. Which influence from negative form at biopsychosocial level, resulting in labor absenteeism, I spoil in the labor performance, between others.

The target of the following work is to identify the levels of anxiety and depression in the personnel of health of the hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. It is established under the conceptual bases of Beck.

Investigation descriptive - transverse and pilot Observacional. In the present study the sample was shaped by 241 subjects (doctors, nurses and technical staff in infirmary) between males and women members of the personnel of health of the hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo; selected by sampling not probabilístico. The evaluation instrument was the Inventory Beck for anxiety and depression, both already validated; for its reliability there obtained one alpha of Cronbach of 0,87. There was realized compilation of information, informed previous assent. For the analysis of the information V. 23. and Microsoft Excel used the statistical bundle SPSS 2013; where the frequencies and percentages appear.

69 % of depression presented before himself compared to 75 % of anxiety in the health workpeople. The presented depression levels were: Minim (30,29 %), set sail (37,34 %), moderated (24,90 %) and seriously (7,47 %); as well as the anxiety levels were: Minim (24,06 %), set sail (31,53 %), moderated (34,02 %) and seriously (10,38 %).

KEYWORDS:

- DALYs: Years of life associated with disability
- ICD-10 Version: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
- WHO: World Health Organization
- BAI: Beck's Anxiety Scale
- BDI: Beck Depression Scale

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad constituye uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuente en la actualidad y además va de la mano con la depresión generalmente. El personal de salud no está exento a presentar este tipo de trastorno, es así que es considerada como prevalente dentro de los desórdenes psiquiátricos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y en la calidad de vida de este colectivo, provocando ausentismo laboral, la calidad del trabajo realizado; entre otros.

Todo profesional de la salud está expuesto a un grado de depresión de origen asistencial principalmente y sus efectos revierten en una práctica profesional inadecuada, siendo los principales afectados los pacientes; fragmentando entonces la relación profesional de la salud y paciente.

Las manifestaciones de depresión en el personal de salud, son inducidas por las vivencias de situaciones individuales que no se puede controlar y van acompañadas de sentimiento de angustia y emociones dolorosas, traducidas en un fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste con la realidad para adaptarse al entorno, como es el de tener control sobre sí mismo, sobre las situaciones que le rodea y de su futuro inmediato. Así también habrá un resultado negativo para su entorno, provocando un deterioro en la calidad de

atención, así como en la estructura organizacional del ámbito hospitalario. Provocando un incremento en el absentismo, antagonismo e insatisfacción en el trabajo o conflictos interpersonales unido a un escaso margen de decisión, al irrisorio apoyo social por parte de los compañeros de trabajo y una falta de perspectiva de recompensas y reconocimientos, esta combinación de reacciones equivalen por consiguiente a un mayor riesgo de salud física, mental y social de origen laboral.

En la actualidad diferentes estudios demuestran que los profesionales de salud presentan episodios de ansiedad en sus labores hospitalarias; llegando a mermar el rendimiento del personal en comparación al horario normal de trabajo (2, 3,4).

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que más afectan las actividades diarias, ya que puede considerarse un desorden mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza. Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona no es capaz de controlar, esta última suele aparecer en algunos casos como síntoma de la depresión.

A nivel regional según la periodista Carmen Ramos del diario Correo de un 50% de las personas que concurren a los consultorios de psiquiatría del hospital Daniel Alcides Carrión, lo hace en busca de tratamiento para la ansiedad y depresión que los aqueja. (1)

La depresión es un desorden que afecta en lo biológico, psicológico y social. En el plano psicológico la persona experimenta tristeza, no tiene deseos de vivir, no disfruta de la vida. A veces la depresión se presenta enmascarada, por ejemplo en personas adictas al trabajo, o en los niños se evidencia como

problemas de aprendizaje y conducta, trastornos del dormir o dormir de mala calidad, cuando despierta se siente con anhedonia. Asimismo, la depresión se evidencia en somatizaciones diversas (cefalalgia, dorsalgia, mialgias, entre otros).

En el ámbito de la salud, todo trabajador de la salud y más aún médicos, enfermeros y técnicos en enfermería están expuestos a cierto grado de ansiedad y depresión, acentuándose estas en las labores hospitalarias; generando consecuencias negativas, plasmadas en una práctica profesional inadecuada y como riesgo de salud física, mental y/o social; así mismo conllevando a una alteración de la salud integral, ausentismo y baja motivación en el trabajo.

Es importante enfocar y abordar la ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, por tanto la investigación es de relevancia ya que no solo brindará un aporte científico en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud sino además las consecuencias que conllevarían; siendo así motivo a posteriores investigaciones.

A nivel internacional se tiene a Hernández R., López J., Flores R. (2011) en la investigación titulada Prevalencia de la Ansiedad y Depresión de médicos residentes de especialidades médicas según las escalas de Ansiedad de Hamilton y el Inventario Beck. El rango de edad de los participantes fue de 24 a 40 años, con una media de 29.0 ± 3.0 años. El 53.5% de los estudiantes fueron de sexo femenino y el 46.5% del masculino. Los estudiantes pertenecían a las especialidades de Anestesiología (12.7%), Cirugía General

(15.5%), Ginecología y Obstetricia (23.9%), Medicina Integrada (22.5%), Medicina Interna (12.7%) y Pediatría (12.7%).

Se concluye que la prevalencia de la Ansiedad y la Depresión en los residentes médicos fue de 59.1% y 32.3% respectivamente, las cuales son mayores a la población en general (Yepes, 1998) y a la de otros estudios realizados en otras instituciones formadoras de médicos especialistas (Martínez, Medina y Rivera 2005). Además el 29.6% de estudiantes presentó ambos trastornos del estado de ánimo. La ansiedad leve y moderada se presentó en el 52.1 y 7.0% de los residentes en estudio y la depresión leve, moderada y severa fue de 23.9, 5.6 y 2.8% respectivamente. La ansiedad en varones y mujeres fue del 48.5% y 68.4% y los valores de depresión fueron de 27.2 y 36.9% para cada género, lo que corrobora lo encontrado en otros estudios en donde se ha encontrado a las mujeres con una mayor prevalencia en ambos casos (Riveros, Hernández y Rivera 2007). La prevalencia de la ansiedad y de la depresión de médicos residentes del Hospital Civil es considerada alta, siendo sus valores mayores a los de la población en general y a la de residentes de otras instituciones de salud (1).

Beck, Emery y Greenberg (1985) La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (2). Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Beck et al. (1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo. Sobre la base de estas

consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva

El miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo.

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

De estas definiciones se pueden extraer algunas observaciones. El miedo como valoración automática básica del peligro constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad. Es evidente en las crisis de angustia y en los brotes agudos de ansiedad que las personas manifiestan en situaciones específicas. La ansiedad, por otra parte, describe un estado más duradero de la amenaza o la “aprensión ansiosa” que incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (véase Barlow, 2002). Tanto el miedo como la ansiedad conllevan una orientación futura, de modo que predominan las preguntas del tipo “¿Qué...si...?” (p. ej., “¿Qué ocurriría si me quedo en blanco durante el discurso?”, “¿Qué ocurriría si de mis palpitaciones se derivaría un ataque al corazón?”) (3).

Respecto a las escalas usadas para trastornos de ansiedad, Pérez, M. (2010), menciona que “la escala de ansiedad de Hamilton. Hace una

medición global de la ansiedad que incluye los síntomas cognitivos y somáticos. Consiste de 14 ítems. Cada uno se mide de cero a cuatro. El puntaje total: 56. Un puntaje de 14 o más sugiere ansiedad significativa. Es administrado por el entrevistador. Es bastante digno de confianza (0,74-0,96) y tiene buena validez (0,63-0,75)” (4).

Beck, A. & Steer, R. (2011, p.3), menciona que el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) “se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Mientras que varios estudios han demostrado que varias medidas de la ansiedad (por ejemplo, el STAI (State Trait Anxiety Inventory) están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, el BAI se muestra menos contaminado por el contenido depresivo” (5).

El investigador Beck (1987), quien propuso una teoría donde se asume que los sujetos deprimidos se caracterizan por la existencia de un estilo cognitivo específico; denominado la triada cognitiva negativa, es decir, una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la cual contribuye al mantenimiento de la depresión y cuya reestructuración es necesaria si se quiere lograr una mejoría estable del estado depresivo.

Posteriormente Beck propone un modelo teórico para la adquisición de la depresión, basado en una teoría de esquemas definidos como estructuras cognitivas que sirven para procesar la información entrante, girar la atención, las expectativas, la interpretación y el fundamento de la memoria, centrándose en la existencia de esquemas y de autoesquemas de contenido

negativo, “los cuales sirven como factores causales de la adquisición de la depresión” (2).

Respecto a las escalas usadas para trastornos de depresión, Pérez, M. (2010, p.47), menciona que la escala de depresión de Hamilton. Es posiblemente la escala más usada para medir la severidad de síntomas depresivos. La completa el entrevistador. Incluye 24 ítems. Usa una escala de cero a cuatro. Es bastante digna de confianza (0,65-0,90) y válida (0,65-0,90) (4).

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogido en el CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. Sin embargo tiene aplicación en la población en general (4).

CAPÍTULO II

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación

Según su naturaleza: Es investigación cuantitativa. “Es la modalidad de investigación que ha predominado, se centra fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos.” (6).

Según su alcance temporal: Es investigación transversal. “Son investigaciones que estudian un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado” (6).

Según Hernandez S. Investigación cuantitativa, usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

Este estudio es de tipo prospectivo. Ya que estos se inician con la observación de ciertas causas presumibles y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. La investigación prospectiva se inicia, por lo común, después de que la investigación retrospectiva ha producido evidencia importante respecto a determinadas relaciones causales.

(26)

2.2 Nivel de investigación

El presente estudio presenta un nivel descriptivo, puesto que se describe una serie de hechos que se relacionan con otros fenómenos. Al respecto “a través del método descriptivo se identifican y conoce la naturaleza de una situación en la medida que ella existe durante el tiempo del estudio por consiguiente no hay administración o control manipulativo o un tratamiento específico. Su propósito básico es describir cómo se presenta y qué existe con respecto a las variables o condiciones en una situación” (7).

2.3 Población y muestra:

Población: En el presente trabajo de estudio la población asciende a 611 sujetos entre varones y mujeres miembros del personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo. Al respecto población “es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. Cuando se vaya a llevar a cabo alguna investigación debe de tenerse en cuenta algunas características esenciales al seleccionarse la población bajo estudio (8).

Muestra al respecto “muestra es un subconjunto fielmente representativo de la población (8). En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 241 sujetos entre varones y mujeres miembros del personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo; seleccionadas en forma sistemática, es decir “cuando se establece un

patrón o criterio al seleccionar la muestra” (8) expresando criterios de inclusión y exclusión, la muestra se determinó de la siguiente forma:

$$n = \frac{N}{E^2 (N-1)+1}$$
$$n = \frac{611}{(0,05)^2 (610)+1}$$
$$n = \frac{611}{2.525}$$
$$n = 241$$

a. Criterios de inclusión:

Médicos

Licenciados en enfermería

Técnicos en enfermería

b. Criterios de exclusión:

Profesionales de salud no asistenciales

Personal administrativo

Tiempo de servicio menor a 1 año

Edad menor a 25 años

2.4 Método utilizado:

Como método general es científico, “es referirse a la ciencia (básica y aplicada) como un conjunto de pensamientos universales y necesarios, y que en función de esto surgen algunas cualidades

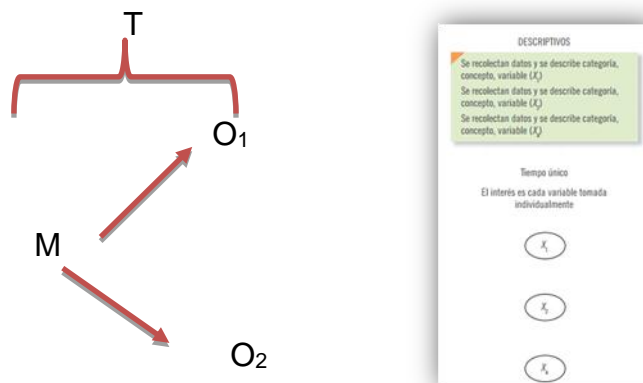
importantes, como la de que está constituida por leyes universales que conforman un conocimiento sistemático de la realidad” (9).

2.5 Diseño de la investigación:

El presente estudio presenta un diseño descriptivo; “Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población”. Hernandez sampieri

Al respecto “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (10).

Con el esquema siguiente:



M =Muestra

O₁ = Observación de la variable 1: Ansiedad

O₂ = Observación de la variable 2: Depresión

T = Tiempo único

2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica utilizada en el presente trabajo de investigación será la encuesta, “es una técnica que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos. Hay maneras de realizarlo y estos son mediante: la entrevista y el cuestionario” (11).

La técnica se explica como la manera de recorrer el camino que se delinea en el método; son las estrategias empleadas para recabar la información requerida y así construir el conocimiento de lo que se investiga, mientras que el procedimiento alude a las condiciones de la ejecución de la técnica. “La técnica propone las normas para ordenar las etapas del proceso de investigación, de igual modo proporciona instrumentos de recolección, clasificación, medición, correlación y análisis de datos; aporta a la ciencia los medios para aplicar el método.” (12).

Instrumentos: Se trabajó con dos inventarios, para la variable 1: Inventario Beck para ansiedad; y para la variable 2: Inventario Beck para depresión.

Al respecto, el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de la depresión (13).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

Ficha técnica:

El cuestionario consta de 21 preguntas. El encuestado debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos.

El encuestado debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se sumando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

2.7 Validación de los instrumentos de investigación:

Respecto a la validación del contenido de los instrumentos se realiza mediante la modalidad de juicios de expertos, ante ello Carrasco, S. (2005, p.337) menciona que “La validación de contenido es la evaluación del instrumento de investigación respecto a la coherencia, veracidad, secuencia y dominio del contenido (variables, indicadores e índices), de aquello que se mide” (14).

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde en 1976 y por Bonicatto en 1998 en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios.

Respecto a la Confiabilidad del instrumento se confiabiliza mediante la prueba Alfa de Cronbach, esto ante una prueba piloto de 12 sujetos similar a la muestra de estudio.

**CONFIABILIDAD RESPECTO A LA VARIABLE ANSIEDAD
RESUMEN DEL PROCESAMIENTO
LOS CASOS**

	N	%
Válidos	12	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	12	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**ESTADÍSTICOS DE
FIABILIDAD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,898	21

CONFIABILIDAD RESPECTO A LA VARIABLE DEPRESIÓN

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	N	%
Válidos	12	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	12	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	N de elementos
,877	21

Como los resultados de la variable ansiedad y depresión superan el ,61 entonces se consideran confiables respectivamente.

2.8 Procedimiento de recolección de datos:

La recolección de datos se realiza previamente al permiso de los encargados competentes; mediante una solicitud donde se da a conocer título, objetivos del estudio de investigación y el tiempo que durará la recolección de datos.

Respecto al análisis de datos, en la presente investigación, se utilizaron las técnicas propias de la estadística descriptiva, considerando las frecuencias y porcentajes de las respuestas más significativas. Los datos serán procesados por la estadística descriptiva e inferencial.

Las tablas de frecuencia, se utilizó para ordenar y agrupar los resultados de la encuesta en un proceso estadístico. Los gráficos se utilizarán para su entendimiento y para observar los resultados de la investigación.

Estadísticos: Se empleó la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central. El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS V23 y Microsoft Excel 2010 en función al método estadístico. La discusión de los resultados se realizó con la confrontación de las conclusiones de la investigación con las referencias bibliográficas de estudios y con los planteamientos de la fundamentación científica. Las conclusiones se formularon en función a los objetivos y los resultados logrados.

2.9 Lugar de ejecución

Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
SERVICIOS: MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA, EMERGENCIA Y
CONSULTORIO EXTERNO**

Título de la investigación: Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo-2017.

Objetivo de la investigación: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo-2017.

¿Que se propone en este estudio?

Llenar un perfil del personal de salud y dos cuestionarios que contienen 21 ítems

¿Cómo seleccionaran a los participantes?

El personal de salud será seleccionado en base a su disponibilidad para el llenado de encuestas, con previa autorización de los departamentos de emergencia, medicina interna, cirugía y consultorio externo.

Cantidad y edades de los participantes

La cantidad será de 241 trabajadores entre médicos, enfermeros y técnicos de enfermería; mayores de 25 años.

Tiempo requerido

El tiempo estimado para responder ambos cuestionarios será entre 10 a 20 minutos.

Riesgos y beneficios

El estudio no conlleva ningún riesgo. Este estudio es proyectivo, para diseñar un programa de intervención y prevención de riesgos psicosociales en los trabajadores.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Las encuestas son anónimas. Su nombre no será utilizado en un ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Su participación será voluntaria

Las investigadoras

CAPÍTULO III

III. RESULTADOS

3.1 NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

DANIEL ALCIDES CARRIÓN

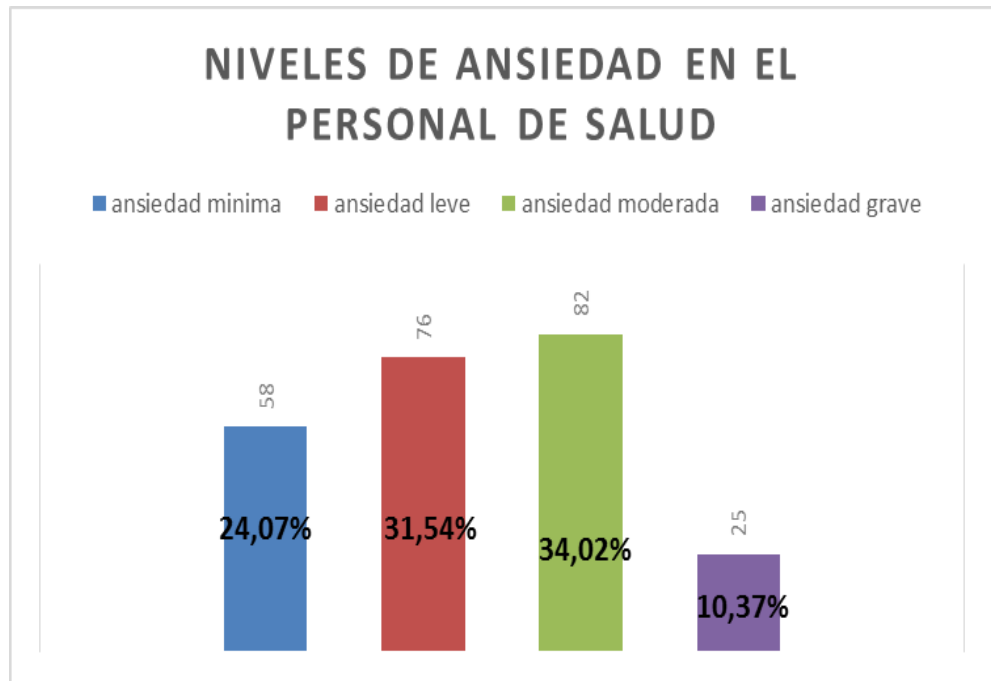
TABLA 3

NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES

Niveles de depresión	Varones y Mujeres	
	ni	%
Mínima ansiedad (0 -7)	58	24,07
Ansiedad leve (8 – 15)	76	31,54
Ansiedad moderada (16 -25)	82	34,02
Ansiedad grave (26 – 63)	25	10.37
Total	241	100.00

Fuente: Archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 1
NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES



Fuente: tabla 3

Con respecto a la ansiedad en los trabajadores del Hospital Daniel Alcides Carrión; según niveles, se observa que el mayor porcentaje con un 34.02% la encontramos en la ansiedad moderada, seguida de un 31.54% con ansiedad leve.

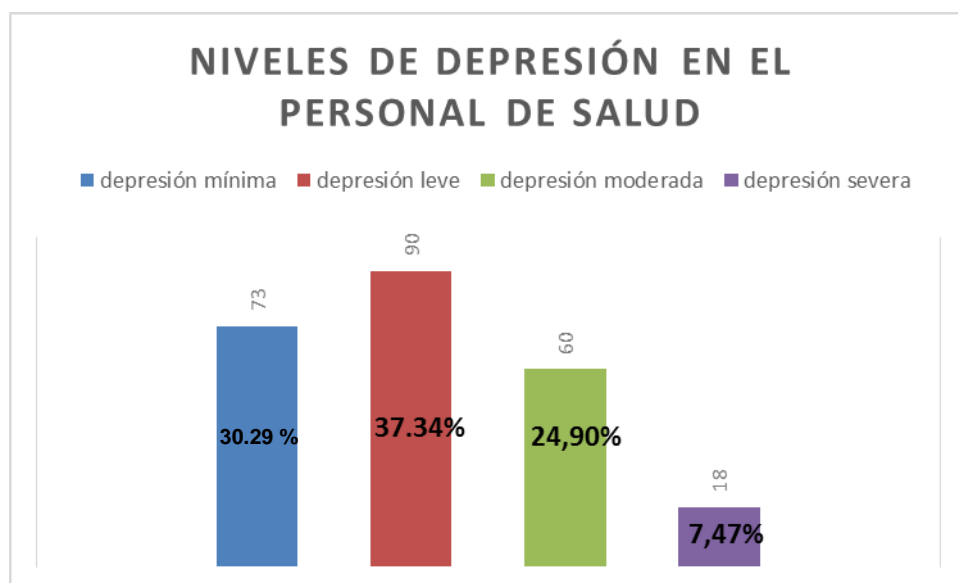
3.2 NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

TABLA 4
NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES

Niveles de depresión	Varones y Mujeres	
	Ni	%
Mínima depresión (0 -13)	73	30,29
Depresión leve (14 – 19)	90	37,34
Depresión moderada (20 - 28)	60	24,90
Depresión grave (29 – 63)	18	7,47
Total	241	100,00

Fuente: archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 2
NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES



FUENTE: TABLA 4

Con respecto a la depresión en los trabajadores del Hospital Daniel Alcides Carrión; según niveles, se observa que el mayor porcentaje con un 37,34% la encontramos en la depresión leve, seguida de un 30.29% con depresión mínima.

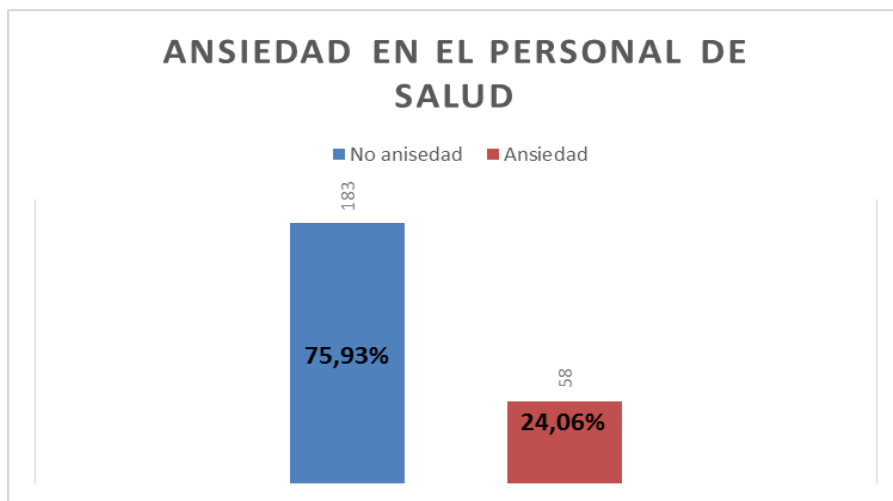
3.3 ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

TABLA 5
ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES

Ansiedad	Varones y Mujeres	
	Ni	%
No ansiedad	58	24,06
Ansiedad	183	75,93
Total	241	100.00

Fuente: archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 3
ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES



Fuente: Tabla 5

La depresión a nivel de los trabajadores del hospital Daniel Alcides Carrión representa un 75,93% y los que no la presentan equivale a un 24,06%

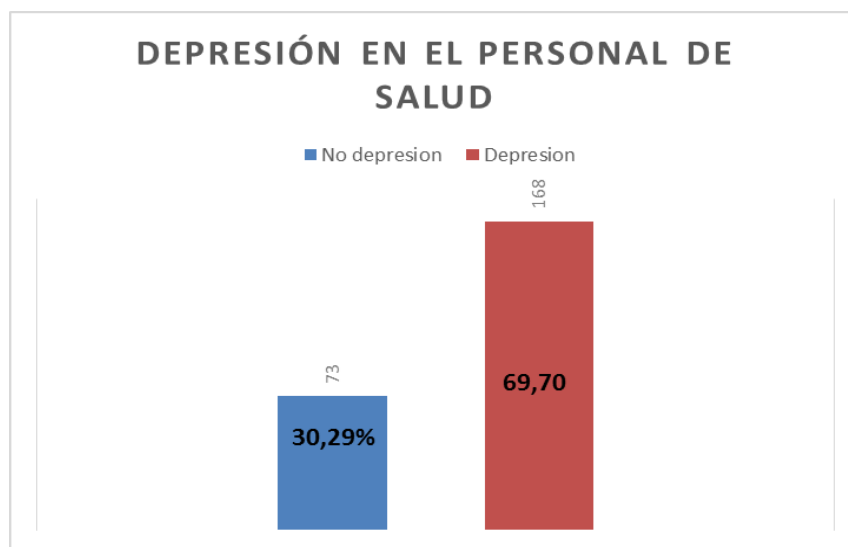
3.4 DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

TABLA 6
DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES

Depresión	Varones y Mujeres	
	Ni	%
No depresión	73	30,29
Depresión	168	69,70
Total	241	100,00

Fuente: archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 4
DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES



Fuente: Tabla 6

La depresión a nivel de los trabajadores del hospital Daniel Alcides Carrión representa un 69.70% y los que no la presentan es un 30.29%

3.5 ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO.

TABLA 7

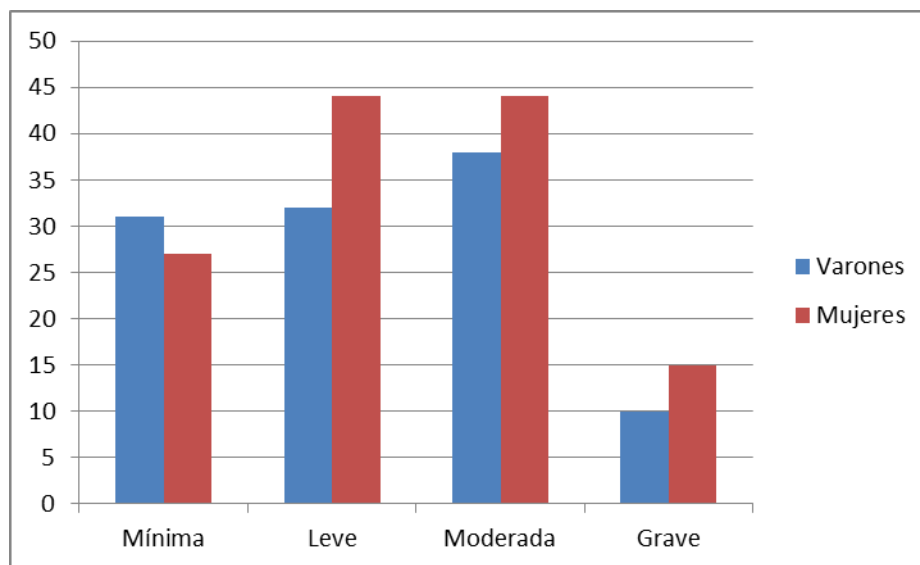
NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GÉNERO

Niveles de Ansiedad	Varones		Mujeres	
	Ni	%	Ni	%
Mínima ansiedad (0 -7)	31	27,93	27	20,77
Ansiedad leve (8 – 15)	32	28,83	44	33,85
Ansiedad moderada (16 - 25)	38	34,23	44	33,85
Ansiedad grave (26 – 63)	10	8,11	15	11,53
Total	111	100,00	130	100,00

Fuente: archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 5

NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GÉNERO



Fuente: tabla 7

La ansiedad respecto al género, evidencia que los varones presentan mayor porcentaje con un 34,23% de depresión moderada, mientras que las mujeres representan un 33,85% de ansiedad leve y moderada.

3.6 DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO

TABLA 8

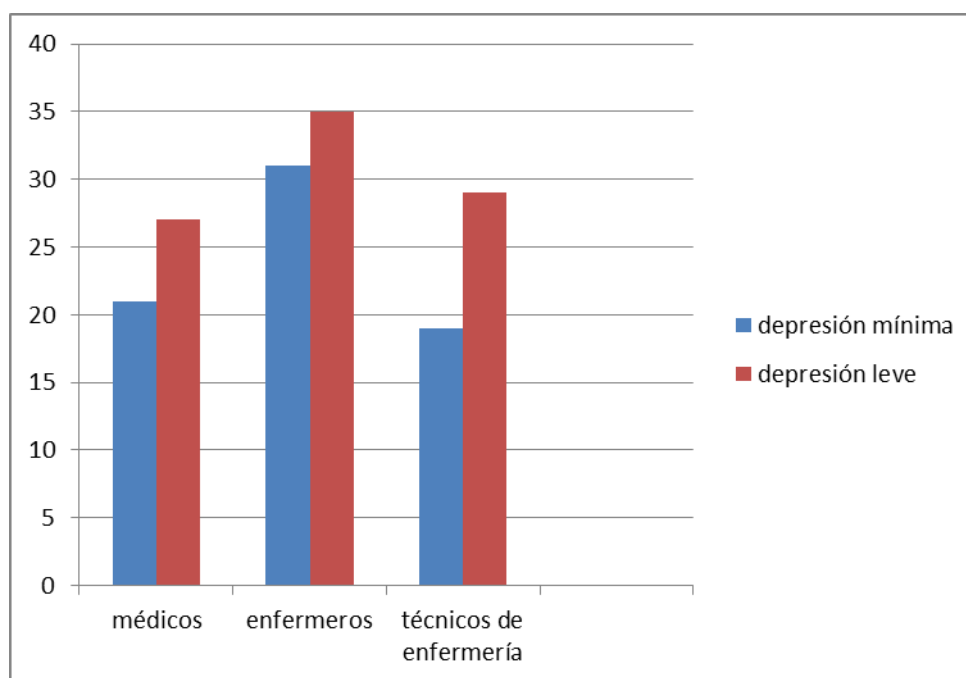
NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GÉNERO

Niveles de depresión	Varones		Mujeres	
	ni	%	ni	%
Mínima depresión (0 -13)	35	31,53	38	29,23
Depresión leve (14 – 19)	35	31,53	55	42,31
Depresión moderada (20 - 28)	32	28,83	28	21,54
Depresión grave (29 – 63)	9	8,11	9	6,92
Total	111	100,00	130	100,00

Fuente: archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 6

NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GÉNERO



Fuente: Tabla 8

La depresión respecto al género, evidencia que las mujeres presentan mayor porcentaje con un 42,31% de depresión leve, mientras que los varones representan un 31,53% en ese mismo nivel.

3.7 ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO

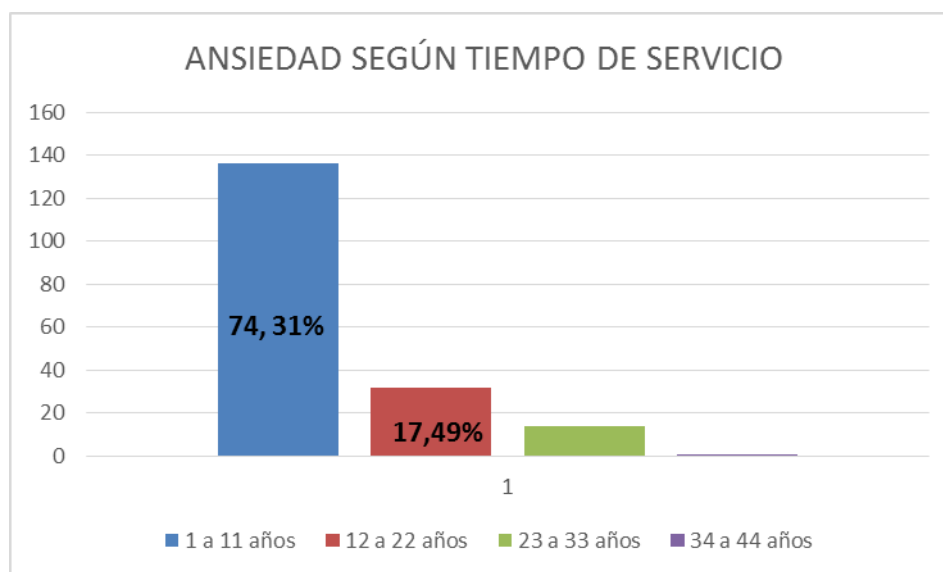
**TABLA 9
ANSIEDAD SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO**

Tiempo de servicio	Ansiedad de varones y mujeres							
	Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		Total	
	ni	%	Ni	%	Ni	%	ni	%
1 - 11	53	38,9	63	46,3	20	14,7	136	74,31
		7		2		0		
12 -22	15	46,8	15	46,8	2	6,26	32	17,49
		7		7				
23 – 33	6	42,8	2	14,2	6	42,8	14	7,66
		6		8		6		
34 - 44	0	0%	1	1%	0	0%	1	0,54

Fuente: Archivo del cuestionario

GRÁFICO 7

ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



Fuente: Tabla 9

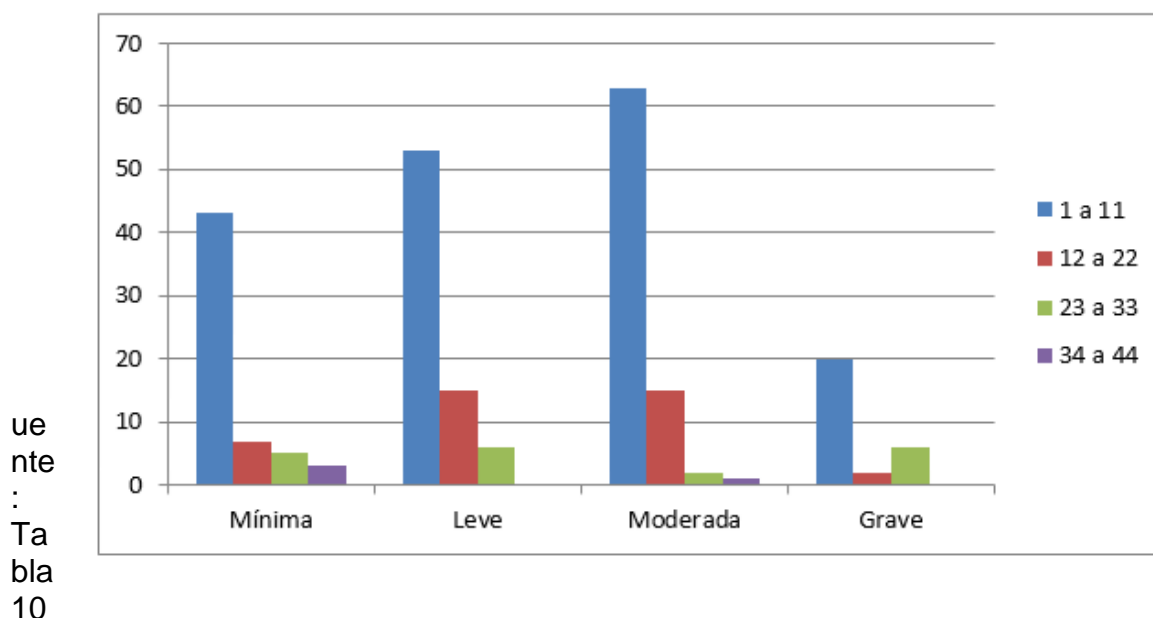
El mayor porcentaje de ansiedad según tiempo de servicio representa 74,31% en el rango de 1 a 11 años.

TABLA 10
ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO

Tiempo de servicio	Ansiedad de varones y mujeres									
	Ansiedad mínima		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
1 – 11	43	24,02	53	29,61	63	35,20	20	11,17	179	74,28
12 -22	7	17,95	15	38,46	15	38,46	2	5,13	39	16,18
23 – 33	5	26,32	6	31,58	2	10,53	6	31,58	19	7,88
34 – 44	3	75	0	0	1	25	0	0	4	1,66

Fuente: Archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 8
ANSIEDAD EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



La ansiedad según tiempo de servicio muestra que el mayor porcentaje se da en el rango de 12 a 22 años con ansiedad moderada.

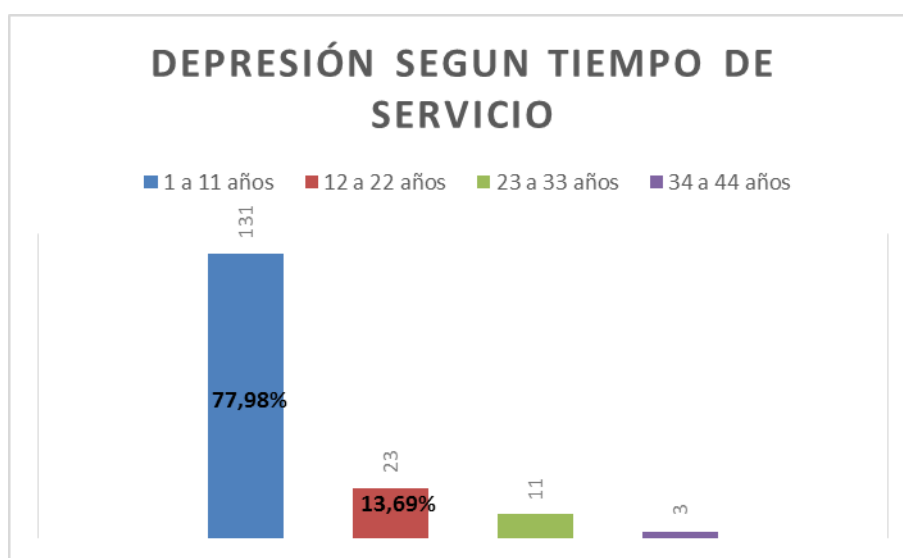
3.8 DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO.

TABLA 11
DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO

Tiempo de servicio	Depresión de varones y mujeres							
	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
1 - 11	72	54,96	49	37,40	10	7,63	131	77,98
12 -22	11	47,83	7	30,43	5	21,74	23	13,69
23 – 33	6	54,54	3	27,27	2	18,18	11	6,55
34 - 44	1	33,34	1	33,33	1	33,33	3	1,78

Fuente: Archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 9
DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



Fuente: Tabla 11

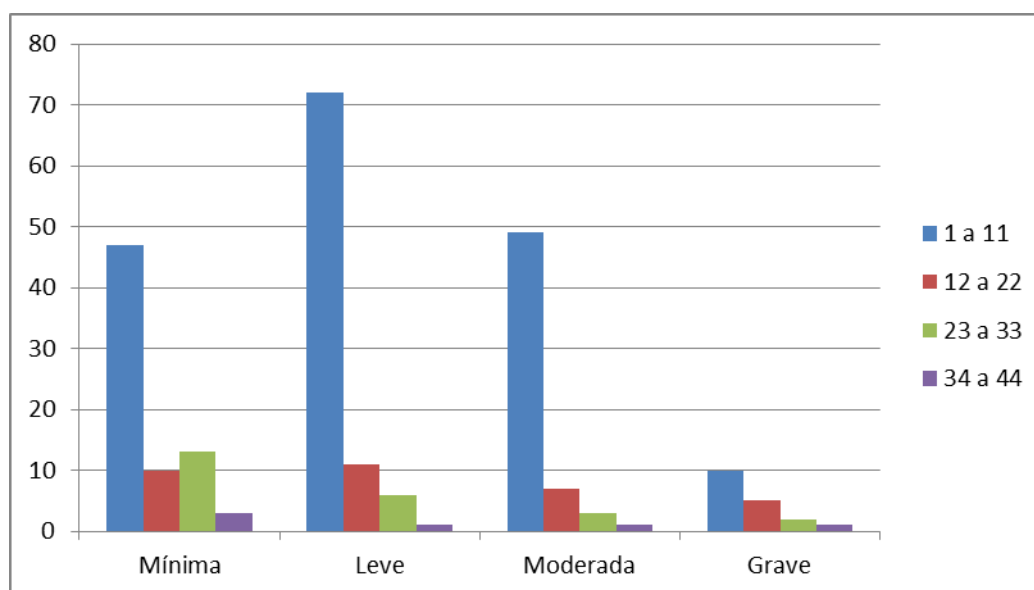
El mayor porcentaje de depresión según tiempo de servicio representa 77,98% en el rango de 1 a 11 años.

TABLA 12
NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO

Tiempo de servicio	Depresión de varones y mujeres									
	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	Ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	Ni	%
1 – 11	47	26,40	72	40,45	49	27,53	10	5,62	178	32,37
12 -22	10	30,30	11	33,34	7	21,21	5	15,15	33	13,69
23 – 33	13	54,17	6	25	3	12,5	2	8,33	24	9,96
34 – 44	3	50	1	16,67	1	16,67	1	16,66	6	2,49

GRÁFICO 10

DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



Fuente: Tabla 12

La depresión según tiempo de servicio muestra que el mayor porcentaje se da en el rango de 1 a 11 años con depresión leve.

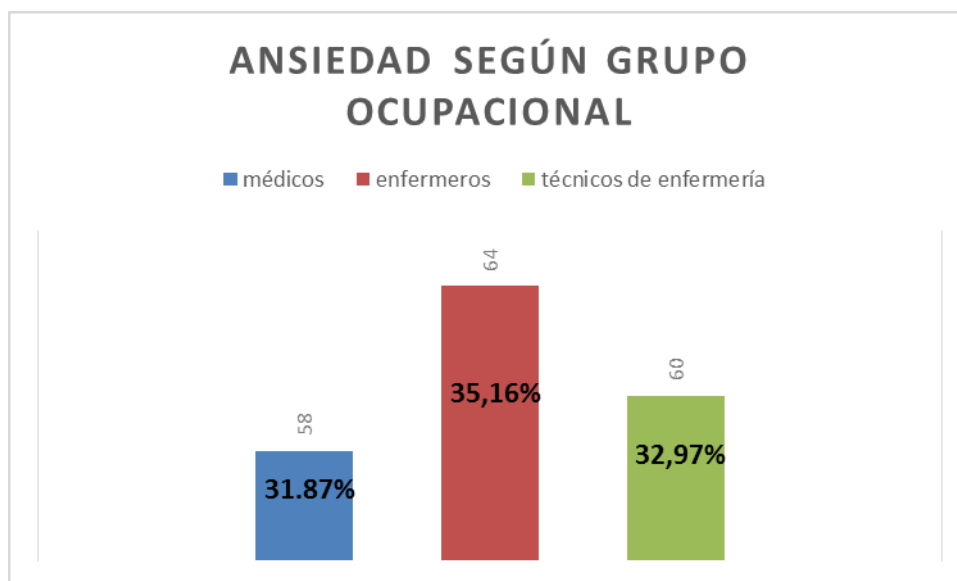
3.9 ANSIEDAD DE LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO

TABLA 13
NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

Grupo ocupacional	Ansiedad de varones y mujeres							
	Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Médicos	36	62,07	14	24,14	8	13,79	58	31,87
Enfermeros	18	28,13	37	57,81	9	14,06	64	35,16
Técnicos de enfermería	18	30,00	27	45,00	15	25,00	60	32,97

Fuente: Archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 11
ANSIEDAD DE LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL



Fuente: Tabla 13

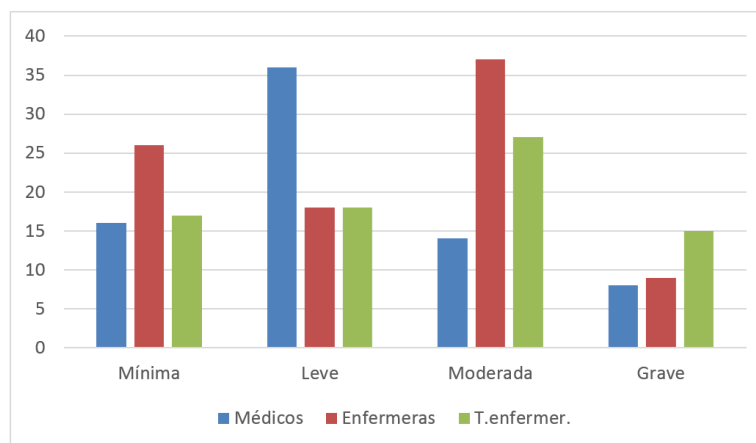
El grupo ocupacional con mayor representación porcentual en función a la ansiedad comprende a los enfermeros con un 35,16%; seguido de los técnicos de enfermería con un 32,97%

TABLA 14
ANSIEDAD SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL DE VARONES Y MUJERES

Grupo ocupacional	Ansiedad de varones y mujeres									
	Ansiedad mínima		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Médicos	16	21,62	36	48,64	14	18,91	8	10,81	74	30,70
Enfermeros	26	28,89	18	20,00	37	41,11	9	10,00	90	37,34
Técnicos	17	22,07	18	23,38	27	35,06	15	19,49	77	31,96

Fuente: Archivo del cuestionario

GRÁFICO 12
ANSIEDAD DE LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL



Fuente: Tabla 14

El 48,64% de los médicos poseen una ansiedad leve, mientras que el 41,11% de las enfermeras poseen una ansiedad moderada, seguidamente de una ansiedad mínima con un 28,89%. Con respecto a los técnicos de enfermería el 35,06% poseen una ansiedad moderada, mientras que el 23,38% poseen una ansiedad leve. En forma general el 37,34% de las enfermeras poseen una ansiedad mínima, leve, moderada y grave, seguidamente de los técnicos en enfermería y médicos.

4.10 DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO

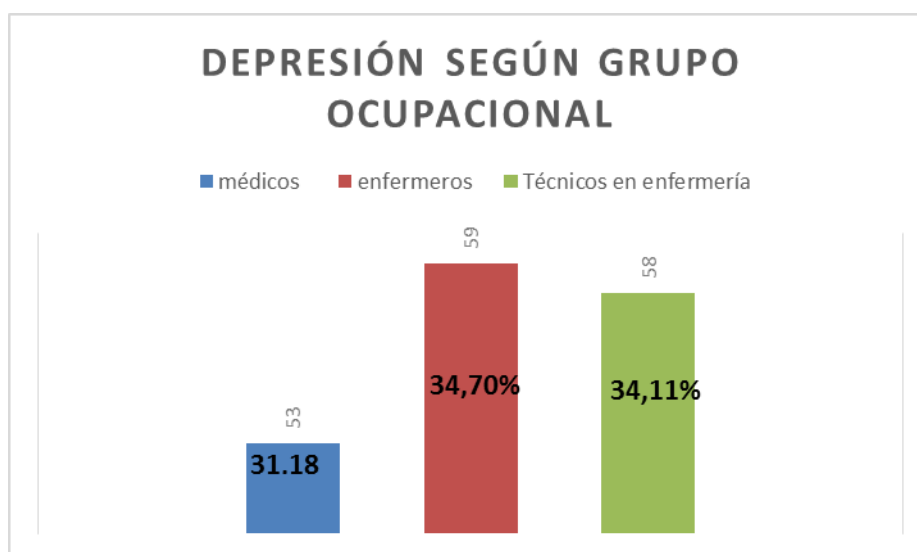
TABLA 15
DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

Grupo ocupacional	Depresión de varones y mujeres							
	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	ni	%	Ni	%	ni	%	ni	%
Médicos	27	50,94	19	35,85	7	13,21	53	31,18
Enfermeros	35	59,32	18	30,51	6	10,17	59	34,70
Técnicos en enfermería	29	50,00	24	41,38	5	8,62	58	34,11

Fuente: Archivo de los cuestionarios

GRÁFICO 13

DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL



Fuente: Tabla 15

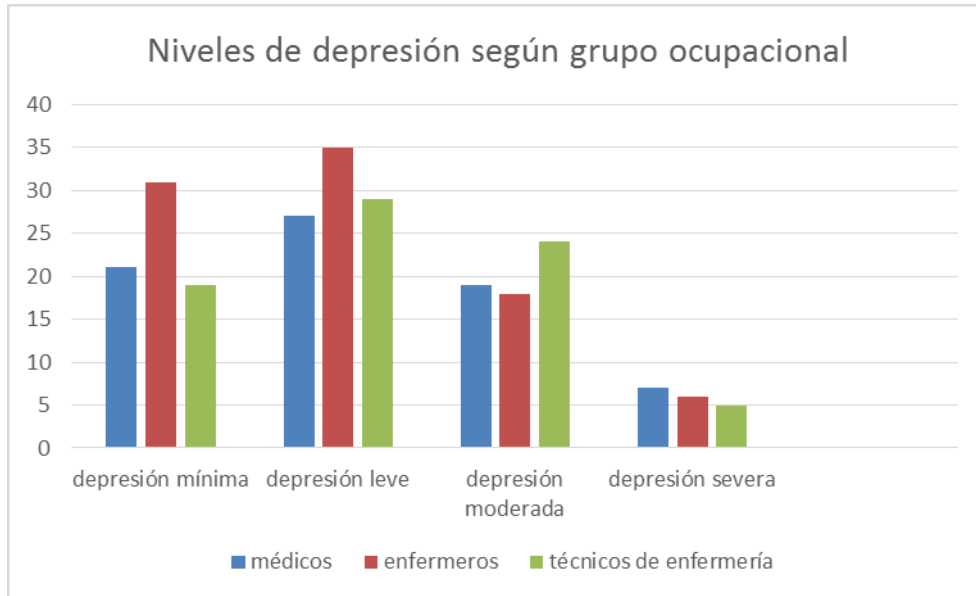
El grupo ocupacional con mayor representación porcentual en función a la depresión comprende a los enfermeros con un 34,70%; seguido de los técnicos de enfermería con un 34,11%.

TABLA 16
NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

Grupo ocupacional	Depresión de varones y mujeres									
	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Médicos	21	38,3	27	36,4	19	25,6	7	9,45	74	30,71
		8		9		8				
Enfermeros	31	34,4	35	38,8	18	20,0	6	6,67	90	37,34
		4		9		0				
Técnicos en enfermería	19	24,6	29	37,6	24	31,1	5	6,48	77	31,95
		8		7		7				

Fuente: Archivo del cuestionario

GRÁFICO 14
NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES SEGÚN GRUPO
OCUPACIONAL



Fuente: Tabla 16

La depresión respecto al grupo ocupacional según niveles, se evidencia un mayor porcentaje de depresión leve en enfermeros (38,89%), seguida de los técnicos en enfermería con un 37,67%.

CAPÍTULO IV

IV. DISCUSIÓN

Respecto al objetivo general, determinar qué nivel ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. Se observa que hay un 69% de personas con depresión y un 75% con ansiedad. Concluyendo que hay mayor ansiedad con respecto a depresión.

García, R. (2014), en la investigación denominada “*Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto Julio-Septiembre 2013*”, concluye que el nivel de ansiedad es alta llegando a más del 51% de participantes comparado con otros estudios similares, así mismo concluye que en el grupo de estudio, el motivo de consulta resultó ser determinante y estadísticamente significativo para presentar niveles de ansiedad patológicos, dentro de ellos los participantes que acudían por cefalea y por síndrome diarreico presentaron menores niveles de ansiedad.

Por su parte los estudiosos Hernández R., López J., Flores R. (2011) en la investigación titulada *Prevalencia de la Ansiedad y Depresión de médicos residentes de especialidades médicas según las escalas de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck*, concluyen que la prevalencia de la Ansiedad y la Depresión en los residentes médicos fue de 59.1% y 32.3%

respectivamente, las cuales son mayores a la población en general (Yepes, 1998) y a la de otros estudios realizados en otras instituciones formadoras de médicos especialistas.

Respecto a la Ansiedad; Beck, Emery y Greenberg (1985) refiere que “ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (...) Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. (...) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow, se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo. Sobre la base de estas consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva (3).

Respecto al primer objetivo específico, identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto al género en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. Con respecto a la depresión de los varones y mujeres se observa que el 31,53% de los trabajadores del sexo masculino del Hospital Daniel Alcides Carrión poseen una depresión mínima, como también el 31,53% de los trabajadores poseen depresión leve, el 28,83% de los trabajadores poseen depresión moderada y el 8,11% de los trabajadores poseen depresión grave. Con respecto al género femenino el 29,23% de las mujeres poseen una depresión mínima, mientras que el 42,31% de las mujeres poseen una depresión leve, el 21,54% poseen una depresión moderada y el 6,92% de las mujeres poseen una depresión grave. Con respecto a la ansiedad de los varones y mujeres se observa que el

27,93% de los trabajadores del sexo masculino del Hospital Daniel Alcides Carrión poseen una ansiedad mínima, como también el 28,83% de los trabajadores poseen ansiedad leve, el 34,23% de los trabajadores poseen ansiedad moderada y el 8,11% de los trabajadores poseen ansiedad grave. Con respecto al género femenino el 20,77% de las mujeres poseen una ansiedad mínima, mientras que el 33,85% de las mujeres poseen una ansiedad leve, el 33,85% poseen una ansiedad moderada y el 11,53% de las mujeres poseen una ansiedad grave.

Salazar S., Claudia Paola. (2015) en el trabajo de investigación titulado prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital nacional dos de mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015. Estudio de tipo observacional, diseño descriptivo-observacional. Con 104 pacientes seleccionados entre el mes de julio a diciembre del 2015 que fueron admitidos en las diferentes salas del servicio de Medicina (sala Julián Arce, Santo Toribio, San Andrés y Santa Ana), de los cuales todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Se recogieron variables sociodemográficas, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II, así como la evaluación de satisfacción del médico tratante. Los pacientes fueron clasificados como ansiosos si puntuaban 11 o más en HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) y con depresión si puntuaban 10 o más en el BDI (Beck Depression Inventory). Se estudiaron 104 pacientes, con una edad media entre 45,7 años, el 50% eran varones y el otro 50% mujeres.

Concluye que la ansiedad está presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad está presente en el 26.92% de

las mujeres y 19,25% de los varones ($p=0,003$) y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres ($p=0,006$), cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión (22).

El investigador Beck (1987), quien propuso una teoría donde se asume que los sujetos deprimidos se caracterizan por la existencia de un estilo cognitivo específico; denominado la triada cognitiva negativa, es decir, una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la cual contribuye al mantenimiento de la depresión y cuya reestructuración es necesaria si se quiere lograr una mejoría estable del estado depresivo (...) propone un modelo teórico para la adquisición de la depresión, basado en una teoría de esquemas definidos como estructuras cognitivas que sirven para procesar la información entrante, girar la atención, las expectativas, la interpretación y el fundamento de la memoria, centrándose en la existencia de esquemas y de autoesquemas de contenido negativo, “los cuales sirven como factores causales de la adquisición de la depresión” (2).

Depresión, “es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de

una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva” (2).

Respecto al segundo objetivo específico, identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto al tiempo de servicio en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017; El 40,45% de los trabajadores varones y mujeres del Hospital Daniel Carrión de Huancayo que tienen de 1 a 11 de servicios, poseen una depresión leve, como también el 27,53% de los trabajadores poseen una ansiedad moderada, por otro lado, los trabajadores que tienen de 12 a 22 años de servicios, el 33,34% poseen una depresión leve y el 30,30% poseen una depresión mínima, los trabajadores que tienen de 23 a 33 años de servicios, el 54,17% de los trabajadores poseen una depresión mínima. Asimismo los trabajadores que tienen de 34 a 44 años de servicios, el 50,00% poseen una depresión mínima. En forma general los trabajadores que tienen de 1 a 11 años de servicios, el 32,37% de los trabajadores tanto varones y mujeres poseen una depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

El 35,20% de los trabajadores varones y mujeres del Hospital Daniel Carrión de Huancayo que tienen de 1 a 11 de servicios, poseen una ansiedad moderada, como también el 29,61% de los trabajadores poseen una ansiedad leve, por otro lado, los trabajadores que tienen de 12 a 22 años de servicios, el 38,46% poseen una depresión leve y el 38,46% poseen una ansiedad moderada, los trabajadores que tienen de 23 a 33 años de servicios, el 31,58% de los trabajadores poseen una ansiedad leve y a su vez una ansiedad grave. Asimismo los trabajadores que tienen de 34 a 44 años de servicios, el 75,00% poseen una ansiedad mínima. En forma

general los trabajadores que tienen de 1 a 11 años de servicios, el 74,28% de los trabajadores tanto varones y mujeres poseen una ansiedad mínima, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

Bohorquez, A. (2014), en la investigación titulada "*Prevalencia de la depresión y la ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*", concluye que la prevalencia de punto de depresión medica con la escala de Zung para depresión de los estudiantes de medicina de 1° al 10° semestre durante el segundo semestre de 2014 fue de 46,95%, siendo leves 58,48% de los tamizajes positivos, moderada 30,32% y severa 11,19%. Así mismo la prevalencia de punto de ansiedad medica con la escala de Zung para depresión de los estudiantes de medicina de 1° al 10° semestre durante el segundo semestre de 2014 fue de 60,33%, cuya distribución por severidad fue 90,95% leve, 8,63% moderada y 1,11% severa.

Yepes, L. & Palacio, C. (2010) (16) la ansiedad es una de las enfermedades psiquiátricas: Como la ansiedad es un síntoma frecuente en la depresión, a menudo se confunden los cuadros depresivos con los trastornos de ansiedad. La presencia y predominancia de otros síntomas del síndrome depresivo favorecen el diagnóstico de depresión. En los cuadros de trastorno de pánico también se puede manifestar una etapa depresiva que es secundaria a los ataques de pánico. La presencia o historia de estos ataques define el diagnóstico, ya que ellos anteceden la depresión. En otros casos la depresión puede ser anterior a o coexistir con el pánico.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La edad de inicio de la DM, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años, y alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44 (2).

Respecto al tercer objetivo específico, identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto al grupo ocupacional en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017; El 38,38% de los médicos del Hospital Daniel Carrión de Huancayo que poseen una depresión mínima, como también el 36,49% de los médicos poseen una depresión leve, mientras que el 38,89% de las enfermeras poseen una depresión leve, seguidamente de una depresión mínima con un 34,44%. Con respecto a los técnicos de enfermería el 37,67% poseen una depresión leve, mientras que el 31,17% poseen una depresión moderada. En forma general el 37,34% de las enfermeras poseen una depresión mínima, leve, moderada y grave, seguidamente de los técnicos en enfermería y médicos.

El 48,64% de los médicos del Hospital Daniel Carrión de Huancayo que poseen una ansiedad leve, como también el 21,62% de los médicos poseen una ansiedad mínima, mientras que el 41,11% de las enfermeras poseen una ansiedad moderada, seguidamente de una ansiedad mínima con un 28,89%. Con respecto a los técnicos de enfermería el 35,06% poseen una ansiedad moderada, mientras que el 23,38% poseen una ansiedad leve. En

forma general el 37,34% de las enfermeras poseen una ansiedad mínima, leve, moderada y grave, seguidamente de los técnicos en enfermería y médicos.

Martínez V., Arellano G., Alvarado M. (2009), en la investigación titulada *“Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado según la escala de Beck para medir depresión y escala de Hamilton para medir ansiedad en enfermeras del Hospital Regional en Durango”*, concluye que el índice de depresión en enfermería a cargo de pacientes crónicos hospitalizados es importante. La prevalencia de ansiedad y depresión encontradas en esta investigación, no se les debe dar poca importancia, ya que estos trastornos van en aumento y sin un tratamiento adecuado en un futuro serán impedimento para que enfermería desempeñe sus rol eficazmente (15).

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Sadock, B. Sadock, V. & Ruiz, P. (2015), La ansiedad representa un fenómeno central en torno al cual se ha organizado una considerable teoría psiquiátrica. Así, el término "ansiedad" ha desempeñado un papel central en la teoría psicodinámica, así como en la investigación centrada en la neurociencia y en varias escuelas de pensamiento fuertemente influenciadas por los principios cognitivo-conductuales. Los trastornos de ansiedad se asocian con una morbilidad significativa ya menudo son crónicos y

resistentes al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden ser vistos como una familia de trastornos mentales relacionados pero distintos, que incluyen: (1) trastorno de pánico, (2) agorafobia, (3) fobia específica, (4) trastorno o fobia social y (5) trastorno de ansiedad generalizada .

Cada uno de estos trastornos se discute en detalle en las secciones que siguen. Un aspecto fascinante de los trastornos de ansiedad es la exquisita interacción de factores genéticos y experienciales. Existe poca duda de que los genes anormales predispongan a estados patológicos de ansiedad; Sin embargo, la evidencia indica claramente que los eventos traumáticos de la vida y el estrés también son etiológicamente importantes (17).

En el panorama que presenta el trabajo de investigación, rescatamos y resaltamos como aporte el lograr evidenciar los niveles respecto a la ansiedad y depresión, esperando que otros investigadores logren proyectar o discutir sus resultados gracias a los aporte de este trabajo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Al término de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En el presente estudio se determinó los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo; ya que se presentaron altos porcentajes en ambos desórdenes psiquiátricos. Los trabajadores que presentaron depresión fue del 69%: leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%). Los trabajadores que presentan ansiedad fue del 75%: leve (31,53%), moderada (34,02%), grave (10,38%).
- Se identificó la depresión según género. El mayor porcentaje en mujeres fue el 42,3% con depresión leve,

así como en varones fue del 31,53% con depresión leve. El mayor porcentaje en el género masculino con ansiedad moderada fue de 34,23%, mientras que en el género femenino con ansiedad leve y moderada fue de 33,85% en ambos casos.

- El mayor porcentaje con depresión según tiempo de servicio en el rango de 1 a 11 años fue 77,98%. De igual manera en el mismo rango el mayor porcentaje con ansiedad fue de 74,31%.
- El grupo ocupacional conformado por licenciados en enfermería representan el mayor porcentaje tanto para ansiedad como depresión con un 34,70% y un 35,16% respectivamente.

CAPÍTULO VI

VI. RECOMENDACIONES

- Al identificarse en este estudio una considerable cifra de trabajadores de salud que presentan ansiedad y depresión, se propone diseñar un programa de intervención y prevención de riesgos psicosociales en los trabajadores de salud del hospital Daniel Alcides Carrión. A su vez aplicar el test de ansiedad y depresión Beck al personal de salud en periodos de seis meses durante el año lectivo, para detectar a tiempo las primeras manifestaciones de un trastorno del estado de ánimo y valorar el envío al servicio de Psiquiatría, para iniciar tratamiento farmacológico a quienes presenten depresión moderada o severa y/o ansiedad moderada o severa.
- Debido a que se encontraron altos niveles de depresión leve en mujeres, se sugiere enviar a consulta psicológica al menos una vez por año; mientras que los varones que presentan ansiedad moderada se recomienda implementar talleres de recreación, de esparcimiento, como parte de sus actividades laborales, ya que el

ejercicio físico de forma regular ayuda a despejar la mente y evitar los estados ansiosos.

- Dada las cifras significativas de trabajadores con depresión en el rango de 1 a 11 años de tiempo de servicio, se requiere diseñar estrategias psicosociales para enfrentar las distintas situaciones en las cuales se ven inmersos. Por otro lado en relación a la ansiedad, se hallaron mayores porcentajes en los trabajadores con menos tiempo de servicio, por lo que se recomienda mermar la carga laboral, distribuyendo de manera eficaz y equitativa los roles laborales.
- En muestra que se evidenciaron mayores niveles de ansiedad y depresión en licenciados en enfermería se propone elaborar terapias de relajación y actividades de interacción interpersonal para un mejor desempeño laboral; donde se involucren pláticas motivacionales y manejo de emociones por parte del personal de psicología una vez por mes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hernández R, Lopez J, Flores R. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas según las escalas de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck. Tesis de grado. Nayarit: Hospital civil Dr. Antonio Gonzales Guevara; 2011.
2. Beck. A. Cognitive models of depression. EEUU: Journal of cognitive psychotherapy; 1987.
3. Beck , Clark D. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad Brouwer DD, editor. EEUU: Brouwer; 2012.
4. Pérez M. Evaluación psiquiátrica. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, & Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
5. Beck A, Steer R. Evaluación del inventario BAI Madrid; 2011.
6. Abanto A. Guía de desarrollo de proyecto de investigación Trujillo: Fondo UCV; 2014.
7. Landeau R. Método de investigación; 2007.
8. Wigodsky J. Metodología en investigación. [Online].; 2000 [cited 2017 Enero 26. Available from: HYPERLINK "<http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.pe/2010/07/poblacion-y-muestra.html>"
<http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.pe/2010/07/poblacion-y-muestra.html> .
9. Ruiz R. El método científico y sus etapas. Mexico; 2007.
10. Cortese A. Técnicas-de-estudio. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 27. Available from: HYPERLINK "<http://www.tecnicas-de->

estudio.org/investigacion/investigacion39.htm" <http://www.tecnicas-de-estudio.org/investigacion/investigacion39.htm> .

11. Díaz J. Métodos de recolección de datos Lima; 2010.
12. Sandín E. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones Madrid: Mc Graw and Hill; 2003.
13. Wikipedia. wikipedia.org. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 27. Available from: [HYPERLINK "https://es.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresi%C3%B3n_de_Beck"](https://es.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresi%C3%B3n_de_Beck) https://es.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresi%C3%B3n_de_Beck .
14. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. 2nd ed. Lima: San Marcos; 2008.
15. Martínez V, Arellano G, Alvarado M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado según la escala de Beck para medir depresión y escala de Hamilton para medir ansiedad en enfermeras del Hospital Regional en Durango. Durango: Hospital Regional Durango; 2009.
16. Yepes L, Palacio C. Trastornos depresivos. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
17. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry New York: Wolters Kluwer; 2015.
18. González A. Signos y síntomas. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, & Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. 5th ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
19. Bohorquez A. Prevalencia de la depresión y la ansiedad en estudiantes de medicina Javeriana: Tesis de grado Maestría; 2014.
20. Díaz N. Depresión y factores asociados en universitarios Bogotá; 2012.
21. Penagos G, Reyes Y, Rodríguez M, Gantiva C. Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual Sabana; 2013.
22. Salazar S., Claudia P. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes

hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital nacional dos de mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015. Tesis. Lima. p. 1-75

23. Mercedes A. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios 2013; Córdoba.
24. García R. Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto Julio-Septiembre 2013 Iquitos; 2014.
25. Martínez P. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana Lima; 2010.
26. De Priego W. Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima Lima: PUCP; 2014.
27. Reátegui D, Vargas H. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014.
28. Licas M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014 Lima; 2015.
29. Toro R. Trastorno de pánico. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
30. Téllez J. Trastorno de ansiedad social. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
31. Toro R, Calle J. Trastorno de ansiedad generalizada. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
32. Lopera F, Téllez J. Demencias. In.; 2010.
33. Ramírez L. Salud mental de las mujeres y sus trastornos. In. Medellín; 2010.
34. OMS. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "http://www.who.int/topics/depression/es/"](http://www.who.int/topics/depression/es/)

<http://www.who.int/topics/depression/es/> .

35. Landeau R. Elaboración de trabajos de investigación Venezuela: Alfa; 2007.
36. Casullo M. Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica Buenos Aires: Paidós; 1998.
37. Lara M. La investigación aplicada a la educación para la salud: el caso de la depresión en las mujeres sc: Psicología y Salud,; 1998.
38. American Psychiatric Association. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Barcelona: Masson; 2002.
39. Ramos C. Aumentan los casos de depresión y ansiedad en los hospitales de Junín. Correo. 2012 Octubre: p. 21.
40. Mingote J, Otros. <http://scielo.isciii.es/>. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 21]. Available from: [HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012"](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012)
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012 .
41. Andina. <http://www.andina.com.pe/>. [Online].; 2013 [cited 2017 Marzo 21]. Available from: [HYPERLINK "http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-depresion-y-ansiedad-son-las-patologias-mas-afectan-a-poblacion-huancayo-444836.aspx"](http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-depresion-y-ansiedad-son-las-patologias-mas-afectan-a-poblacion-huancayo-444836.aspx) <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-depresion-y-ansiedad-son-las-patologias-mas-afectan-a-poblacion-huancayo-444836.aspx> .
42. Sánchez Y. Nivel de Ansiedad de las Enfermeras de emergencia y trauma del Hospital Victor Ramos Guardia. Huaraz : Hospital Victor Ramos Guardia; 2015.
43. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales EEUU: Médica Panamericana.; 1952.
44. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario. In. Madrid; 2011. p. 14.

45. García A. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. México.; 2002.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO
<p>Problema General: ¿Qué nivel de ansiedad y depresión existe en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión respecto al género en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017? ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión respecto al tiempo de servicio en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017? ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión respecto al grupo ocupacional en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017?</p>	<p>Objetivo general: Identificar qué nivel de ansiedad y depresión existe en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.</p> <p>Objetivos específicos: Identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto al género en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017 Identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto a los años de servicio en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017 Identificar los niveles de ansiedad y depresión respecto al grupo ocupacional en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.</p>	<p>Existe ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017</p>	<p>Variable 1: ANSIEDAD</p> <p>Variable 2: DEPRESION</p> <p>Población: En el presente trabajo de estudio la población asciende a 611 sujetos entre varones y mujeres miembros del personal de Salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo.</p> <p>Muestra: En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 241 sujetos entre varones y mujeres miembros del personal de Salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo</p>	<p>Método: Científico</p> <p>Diseño: Descriptivo correlacional</p> <p>Diseño de Diagrama:</p>	<p>Inventario Beck</p>

ANEXO 02: OPERACIONLIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Ansiedad	<p>Es un sentimiento desagradable e incierto, en espera de un peligro inminente no presente ni objetivado, el cual va acompañado de cambios vegetativos y motores. De esta definición se infiere que la ansiedad implica necesariamente la interacción de factores cognoscitivos, autonómicos y del comportamiento motor. Los primeros incluyen pensamientos catastróficos como la posibilidad de un desastre inminente. Las manifestaciones autonómicas durante la ansiedad están relacionadas con el sistema simpático, tales como la dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, sensación de opresión torácica, parestesias y mareos o con el sistema parasimpático como el aumento de peristaltismo intestinal, náuseas, hipotensión y desfallecimiento. Los cambios motores, no siempre presentes, comprenden inquietud, tensión muscular y temblor (19).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Torpe o entumecido • Acalorado • Con temblor en las piernas • Incapaz de relajarse • Con temor a que ocurra lo peor • Mareado, o que se le va la cabeza • Con latidos del corazón fuertes y acelerados • Inestable • Atemorizado o asustado • Nervioso • Con sensación de bloqueo • Con temblores en las manos • Inquieto, inseguro • Con miedo a perder el control • Con sensación de ahogo • Con temor a morir • Con miedo • Con problemas digestivos • Con desvanecimientos • Con rubor facial • Con sudores fríos o calientes 	Inventario Beck
Depresión	<p>Son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pesimismo • Fracaso pasado • Pérdida de placer • Sentimientos de culpabilidad • Sentimientos de castigo 	Inventario Beck

	<p>disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados (20).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desagrado hacia uno mismo/a• Autocrítica• Pensamientos o deseos de suicidio• Llanto• Agitación• Pérdida de interés• Indecisión• Sentimientos de inutilidad• Pérdida de energía• Cambios en el sueño• Irritabilidad• Cambios en el apetito• Dificultades de concentración• Cansancio o fatiga• Pérdida de interés por el sexo	
--	--	--	--