



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO
DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE
EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022**

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Palomino Basagoitia, Carlos Alberto

Asesor

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado

Feijoo Parra, Mitriades Felix Octavio

Hurtado Concha, Arístides

Yovera Ancajima, Cleofe del Pilar

Lima - Perú

2025

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	2%
Fuente de Internet		

2	www.researchgate.net	1%
Fuente de Internet		

3	repositorio.ucv.edu.pe	1%
Fuente de Internet		

4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	1%
Trabajo del estudiante		

5	doaj.org	1%
Fuente de Internet		

6	tesis.ucsm.edu.pe	1%
Fuente de Internet		

7	repositorio.une.edu.pe	1%
Fuente de Internet		

repositorio.unjfsc.edu.pe



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL
COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN
HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de
Doctor en Salud Pública

Autor:

Palomino Basagoitia, Carlos Alberto

Asesor:

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado

Feijoo Parra, Mitriades Felix Octavio

Hurtado Concha, Arístides

Yovera Ancajima, Cleofe del Pilar

Lima - Perú

2025

Dedicatoria

A mis amadas esposa e hijas que supieron entender y apoyar siempre mis propósitos de superación profesional para lograr el grado académico de Doctor en Salud Pública, con la firme esperanza que les sirva modestamente de guía y ejemplo de vida.

.

Agradecimiento

A mi asesor de tesis, a mis compañeros doctorandos y especialmente al Personal Asistencial y Administrativo del Servicio de Emergencia de la Clínica Delgado, en la persona de su director Médico sin cuyo apoyo hubiera resultado imposible llevar a cabo la presente investigación.

.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	vii
Abstract	viii
Resumo	ix
 I. Introducción	 1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Descripción del problema	2
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. Problema general	5
1.3.2. Problemas específicos	5
1.4. Antecedentes	6
1.5. Justificación de la investigación	14
1.6. Limitaciones de la investigación	15
1.7. Objetivos	16
1.7.1. Objetivo general	16
1.7.2. Objetivos específicos	16
1.8. Hipótesis	17
 II. Marco teórico	 18
2.1. Marco conceptual	18
2.2. Marco filosófico	35

III. Método	38
3.1. Tipo de investigación	38
3.2. Población y muestra	40
3.3. Operacionalización de variables	41
3.4. Instrumentos	43
3.5. Procedimientos	45
3.6. Análisis de datos	47
3.7. Consideraciones éticas	48
IV. Resultados	50
V. Discusión de resultados	65
VI. Conclusiones	68
VII. Recomendaciones	69
VIII. Referencias	70
IX. Anexos	83

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Compromiso de Salud Mental de la Población de Estudio: Diagnóstico Situacional.....	50
Tabla 2	Características Sociodemográficas de los casos y controles: Distribución por edad.....	51
Tabla 3	Características Sociodemográficas de los casos y controles: Distribución por género.....	51
Tabla 4	Características Sociodemográficas de los casos y controles: Distribución por grupo ocupacional.....	52
Tabla 5	Características Sociodemográficas de los casos y controles: Distribución por tiempo laboral.....	53
Tabla 6	Características Sociodemográficas de los casos y controles: Distribución por carga horaria mensual.....	53
Tabla 7	Características Sociodemográficas de casos y controles: Distribución por contagio de COVID.....	54
Tabla 8	Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Ansiedad.....	54
Tabla 9	Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Depresión....	55
Tabla 10	Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Estrés.....	56
Tabla 11	Prueba T Student para compromiso de salud mental. Comparación Pretest y Post Test.....	58
Tabla 12	Prueba T Student para nivel de ansiedad. Comparación Pre test y Post Test.....	59
Tabla 13	Prueba T Student para nivel de depresión. Comparación Pre test y Post Test.....	60
Tabla 14	Prueba T Student para nivel de estrés. Comparación Pre test y Post Test.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

	pag
Figura 1	Cuadro Resumen de contrastación de hipótesis. Grupo de Intervención...62
Figura 2	Cuadro Resumen de contrastación de hipótesis. Grupo de no Intervención62
Figura 3	Análisis de regresión múltiple con rectas de regresión paralelas.....63
Figura 4	Curva de regresión múltiple de grupos de intervención y no intervención...64

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A	Matriz de consistencia..... 84
Anexo B	Solicitud Institucional..... 85
Anexo C	Guía de validez para el experto..... 86
Anexo D	Definición de términos..... 92
Anexo E	Instrumento de recolección de datos..... 93
Anexo F	Programa de intervención virtual para afrontar el impacto del COVID19 salud mental en trabajadores de emergencia de un Hospital Privado 2022..... 98

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad diferencial de un programa de intervención para disminuir el impacto sobre ansiedad, estrés y depresión por COVID-19 en trabajadores de emergencia de un hospital privado. **Metodología:** La investigación fue cuantitativa, cuasi experimental pre y post test con grupo control. En la muestra fue 52 trabajadores de emergencia (la misma que la población) se administró el cuestionario DASS 21 para diagnosticar ansiedad, estrés y depresión; luego se realizó un programa de cuatro sesiones en el grupo de intervención (26 trabajadores) y se volvió a administrar el instrumento a ambos grupos. Se utilizó t de Student para comparar los niveles de ansiedad, estrés y depresión antes y después de la intervención. **Resultados:** Los participantes (52) presentaron algún grado de ansiedad en 40,4%; de estrés en 17,3% y de depresión en 5,8%. Posterior al programa el grupo de intervención mostró diferencias en la media de los niveles de ansiedad (6,81-3,08), estrés (5,31-1,69) y depresión (2,50-1,50) que resultaron importantes y estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En el grupo de no intervención las diferencias en la media de los niveles de ansiedad (1,19-0,50), estrés (2,58-1,46) y depresión (0,88-0,52) fueron mínimas. **Conclusiones:** El programa propuesto mostró efectividad diferencial evidenciada en el beneficio adquirido por los trabajadores con compromiso de ansiedad, estrés y depresión participantes del programa; reflejado por el cambio observado en la medición de ansiedad, estrés y depresión con el instrumento DASS-21 después del programa.

Palabras claves: depresión, ansiedad, adaptación psicológica, encuestas y cuestionarios

ABSTRACT

Objective: To determine the differential effectiveness of an intervention program to reduce the impact on anxiety, stress, and depression caused by COVID-19 in emergency workers at a private hospital. **Methodology:** The research was quantitative, quasi-experimental pre and post test with control group. In the sample there were 52 emergency workers (the same as the population) the DASS 21 questionnaire was administered to diagnose anxiety, stress and depression; then a program of four sessions was carried out in the intervention group (26 workers) and the instrument was administered again to both groups. Student's t test was used to compare the levels of anxiety, stress and depression before and after the intervention. **Results:** The participants (52) presented some degree of anxiety in 40.4%; stress in 17.3% and depression in 5.8%. After the program, the intervention group showed differences in the mean levels of anxiety (6.81-3.08), stress (5.31-1.69) and depression (2.50-1.50), which resulted important and statistically significant ($p < 0.05$). In the non-intervention group, the differences in the mean levels of anxiety (1.19-0.50), stress (2.58-1.46) and depression (0.88-0.52) were minimal. **Conclusions:** The proposed program showed differential effectiveness evidenced in the benefit acquired by the workers with commitment to anxiety, stress and depression participating in the program; reflected by the change observed in the measurement of anxiety, stress and depression with the DASS-21 instrument after the program.

Keywords: depression, anxiety, adaptation psychological, surveys and questionnaire

RESUMO

Objetivo: Determinar a eficácia diferencial de um programa de intervenção para reduzir o impacto na ansiedade, estresse e depressão causados pela COVID-19 em trabalhadores de emergência de um hospital privado. **Metodologia:** A pesquisa foi quantitativa, quase-experimental pré e pós-teste com grupo controle. Na amostra eram 52 socorristas (iguais à população) foi aplicado o questionário DASS 21 para diagnosticar ansiedade, estresse e depressão; em seguida, foi realizado um programa de quatro sessões no grupo intervenção (26 trabalhadores) e o instrumento foi aplicado novamente em ambos os grupos. O teste t de Student foi utilizado para comparar os níveis de ansiedade, estresse e depressão antes e após a intervenção. **Resultados:** Os participantes (52) apresentaram algum grau de ansiedade em 40,4%; estresse em 17,3% e depressão em 5,8%. Após o programa, o grupo intervenção apresentou diferenças nos níveis médios de ansiedade (6,81-3,08), stress (5,31-1,69) e depressão (2,50-1,50), o que resultou importante e estatisticamente significativo ($p < 0,05$). No grupo sem intervenção, as diferenças nos níveis médios de ansiedade (1,19-0,50), estresse (2,58-1,46) e depressão (0,88-0,52) foram mínimas. **Conclusões:** O programa proposto apresentou eficácia diferencial evidenciada no benefício adquirido pelos trabalhadores com comprometimento com ansiedade, estresse e depressão participantes do programa; refletido pela mudança observada na mensuração de ansiedade, estresse e depressão com o instrumento DASS-21 após o programa.

Palavras-chave: depressão, ansiedade, ajustamento psicológico, inquéritos e questionários

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El 31 de diciembre de 2019 fue detectado el primer caso de coronavirus en el mundo, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Comenzó identificándose como un caso de neumonía vírica, que posteriormente se declaró un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Su rápida propagación durante los meses de enero, febrero y comienzos de marzo del siguiente año hicieron que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declarase pandemia el 11 de marzo del 2020 (Maguiña, 2020).

La OMS emite en forma regular las actualizaciones de la epidemia, y en los reportes del mes de agosto del año 2021 se registraron 210.112.064 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). En este contexto, la pandemia no solo ha generado un sin número de pérdidas humanas, ha traído consigo desequilibrio económico, aumento de pobreza y una interrupción generalizada de los servicios de salud parcial o total. Todos estos problemas llevaron a inestabilidad emocional en todo el mundo, ya sea de la población en general, así como del personal de salud. En mayo del año 2020, la OMS publicó su política acerca de la salud mental en tiempos de coronavirus. En este documento se advierte justamente sobre estos puntos, especialmente en el personal sanitario. Primero, estableciendo que las personas que anteriormente podían enfrentar estresores en forma algo satisfactoria, con la sobrecarga de la pandemia no pueden enfrentarlo. Así, aquellos que anteriormente experimentaban algunos eventos de ansiedad y distrés producto de su trabajo en los servicios de emergencia, ahora se ven expuestos a los mismos en mayor frecuencia e intensidad desarrollando alguna alteración en su salud mental; y por otro lado, aquellos que ya sufrían una de estas, experimentan empeoramiento de su condición y

compromiso funcional además. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) ha identificado las poblaciones en mayor riesgo de desarrollar trastornos de la salud mental. En primer lugar, los trabajadores de la salud en primera línea, especialmente aquellos que laboran en emergencia; después los adultos mayores y aquellos con enfermedades mentales preexistentes para luego continuar con los niños y otras poblaciones vulnerables a problemas de salud mental. Así, por ejemplo, en Canadá un 47% del personal de salud reportó algún síntoma de trastorno de salud mental (Canadian Public Health Association [CPHA], 2020); mientras que en China se reportaron en trabajadores de la salud niveles de depresión del 50%, de ansiedad del 45% y de insomnio del 34% (Lai et al, 2020); mientras que en Pakistán se reportaron niveles de distrés moderado en un 80,2 % y severo en un 15,3 % de trabajadores de salud (Nizami, 2021). Estos son algunos de los reportes de los múltiples estudios que se han realizado y realizan a nivel mundial que demuestran la validez e importancia de la afectación de la salud mental de los trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID 19.

1.2 Descripción del problema

El Perú se ha visto sometido, al igual que los demás países a una pandemia debida a la infección por COVID 19 que ha llegado causar en nuestro país hasta más de 217,000 muertes y más de 4' 000,000 casos positivos según la plataforma de datos abiertos COVID (MINSA, 2022) y en el mundo más de 6,64 millones de muertes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), provocando así mismo el colapso de los sistemas sanitarios del mundo, y especialmente en nuestro país, con un sistema fraccionado y segmentado, se ha observado aún más severamente este fenómeno. De la misma manera, se han visto rebasados en su capacidad de respuesta emocional los integrantes de los sistemas de salud en los diferentes niveles de actuación. Rodríguez (2020) realizó una revisión sistemática llegando a establecer el estrés post traumático como la patología más frecuente en salud mental en los actores primarios de

los sistemas de salud. En nuestro país, Huarcaya (2020) de la misma manera revisa las alteraciones en salud mental en los trabajadores de salud expuestos en primera línea, encontrando más frecuencia en mujeres y reforzando la necesidad de programas de ayuda en salud mental. En el mes de junio de este año, el Ministerio de Salud del Perú presentó el “Plan Nacional de Salud Mental 2020-2021 “en el contexto de la Pandemia COVID 19, que abarca el análisis de la situación y los lineamientos para enfrentar los problemas de salud mental presentados. Saravia (2020) en un artículo editorial recomienda ante este escenario que el personal de salud involucrado no debe dejar de tener cuidado en su salud mental. Dentro de las patologías que se presentan por stress en los entornos laborales está el Burnout, que ha sido ampliamente descrita en las áreas de emergencia y UCI; sin embargo, en este escenario es diferente la carga emocional del estrés, que se caracteriza no solo por el estado crítico del paciente y por la cantidad de trabajo al que se ve sometido el profesional sino porque se encuentra en situación de vulnerabilidad cómo nunca antes había estado.

Estos estudios manifiestan los problemas emocionales que atraviesa el personal de salud en diversos países. Sin embargo, pese a que la salud mental es un punto importante que se ve comprometido durante la pandemia, en nuestro país no existen tantos estudios donde se vea evidenciado este problema; así como que a pesar de que el Ministerio de Salud como ente rector ha emitido Directivas con respecto a la Salud mental en la pandemia y bajo la RM N° 180-2020-MINSA se aprobó la creación de la “Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de Salud en el contexto de COVID-19” cuyo objetivo era instaurar procedimientos para un buen cuidado de la salud mental de trabajadores de la salud que atienden a pacientes con sospecha de COVID e infectados (Ministerio de Salud [MINSA], 2020), los establecimientos salud poco pueden hacer ante la avalancha de la pandemia que afecta el

presupuesto y el personal de salud, dejándolos con su propia toma de decisiones para cuidar su salud mental.

En el caso de los establecimientos de salud privados, se vieron también involucrados cómo parte del sistema de salud de nuestro país al declararse la pandemia y las medidas impuestas por el gobierno, y muchos de ellos vieron aumentada la demanda de atención por parte de pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID-19, no solamente de pacientes pertenecientes a entidades prestadoras de servicios de salud privados, sino también en muchos casos se involucró también la atención de pacientes del sistema público de salud. En el caso del establecimiento de salud en estudio, fue uno de los pocos establecimientos privados que mantuvieron la atención en forma permanente a los pacientes sospechosos y sintomáticos tanto adultos como pediátricos en ambientes especialmente designados fuera del área física del establecimiento designando al personal de emergencia de atención rutinaria (médicos emergenciólogos, médicos de especialidades, enfermeros y técnicos de enfermería) para cubrir esta atención las 24 horas del día los siete días de la semana.

Se observa entonces la situación de vulnerabilidad en que se encontraba el personal de emergencia de este establecimiento privado generando el interés de estudiar el compromiso de la salud mental en esta población. Si no se realizara este trabajo y los datos no llegarán al personal de salud, no tomarían conciencia plena de que pueden sufrir de problemas de salud mental durante su trabajo diario en el área de emergencia, situación especialmente crítica en la atención de pacientes COVID-19.

1.3. Formulación del Problema

-Problema general

¿Cuál es el efecto del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?

-Problemas específicos

1. ¿Cuál es el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?
2. ¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?
3. ¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?
4. ¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?
5. ¿Qué niveles de ansiedad, depresión y estrés presentan antes y después de la aplicación del programa de intervención los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales.

Greenberg et al. (2021) realizaron un estudio cuyo título es *“Mental health of staff working in intensive care during Covid-19”* en Unidades de Cuidados Intensivos de Hospitales de Inglaterra. El Estudio tuvo por objetivos determinar los niveles de compromiso de salud mental en 709 trabajadores UCI de 9 hospitales. Se trató de un estudio a través de encuesta virtual que tiene una evaluación de estado mental y bienestar psicológico utilizando a través de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), el Checklist de Desorden de Estrés Postraumático (PCL-6) y el AUDIT-C, que mide problema de bebida. Entre los resultados se encontró que 59% tenían bienestar; mientras que casi la mitad tenían posibilidad de tener depresión severa (6%), PTSD (40%), ansiedad severa (11%) o problema de bebida (7%) y pensamiento de muerte(13%). Se reportó que los médicos tienen mejor salud mental que las enfermeras en varias mediciones. Finalmente, se concluye que hay rangos altos de probables alteraciones de salud mental y pensamientos de auto daño entre los trabajadores de UCI especialmente enfermeras.

Laurent et al. (2021) realizaron un estudio titulado *“Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of the COVID-19 epidemic”* en Unidades de Cuidados Intensivos de 77 Hospitales de Francia. El estudio tuvo por objetivo determinar el impacto del COVID 19 sobre la salud mental de trabajadores de la salud de UCI. Se trató de un estudio transeccional a través de encuesta virtual determinando la salud mental a través del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), usándose los Estresores Percibidos en UCI (PS-ICU) para determinar los estresores durante la crisis. Se encontró que los profesionales de las áreas con mayor intensidad epidémica tienen mayor riesgo de compromiso de salud mental y altos niveles de estrés percibido en forma significativa, siendo los factores

asociados a está sexo femenino, familia con COVID y trabajo en zona de alta intensidad. Los investigadores concluyeron que el COVID 19 impactó negativamente en la salud mental de los trabajadores de las UCI.

Dosil et al. (2021) presentaron una investigación titulada “*Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles*” en Hospitales de España, con el objetivo de evaluar los factores que alteran la salud mental de los trabajadores sanitarios. Se trató de un estudio en el que se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Insomnio de Atenas (AIS) a 421 profesionales sanitarios. En los resultados se encontraron niveles de depresión leve en el 10%, ansiedad severa en el 17,3% y Estrés leve y moderado en el 15%; mientras que el 28,9% presentaron insomnio. Se concluye que los trabajadores de primera línea están más expuestos a factores que alteran la salud mental.

Wozniak et al. (2021) realizaron una investigación que llevó por título “*Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study*” en trabajadores de Unidades de Cuidados Intensivos de Suiza. El objetivo del estudio fue evaluar la salud mental, bienestar y cambios en el estilo de vida de los trabajadores UCI durante la primera ola. Se trató de un estudio transeccional en 3461 trabajadores a través de encuesta virtual utilizando la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), el Inventario de Distrés Peri traumático (PDI) y el Índice de Bienestar de la OMS (WHO-5). Se encontró que 41% mostraron bienestar, 46% ansiedad, 26% depresión y 22% distrés peri traumático. Los promedios de las pruebas fueron peores en los trabajadores UCI. Los factores asociados con compromiso de salud mental fueron sexo femenino, miedo de contagio y trabajo, sobrecarga laboral. desordenes de sueño y alimentación y consumo de alcohol. Finalmente, entre las conclusiones se confirma la mayor

prevalencia de ansiedad, depresión, distrés peri traumático y bajo bienestar durante la primera ola en trabajadores UCI.

Monterrosa-Castro et al. (2020) realizaron un estudio cuyo título es “Estrés *laboral*, *ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos*” en diferentes Centros Asistenciales de comunidades colombianas. El Estudio tuvo por objetivos determinar síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos y establecer si existe alguna asociación en relación a la comunidad de trabajo. Se trató de un estudio transversal que evaluó síntomas y percepciones de las patologías mencionadas en 531 médicos generales clasificados según Municipio donde trabajaban bajo cuarentena obligatoria durante marzo de 2020. Se utilizó virtualmente un cuestionario que buscaba problemas psicosomáticos a través de la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) y el FCV-19S (Fear of COVID-19). Se analizó regresión logística entre el Municipio de trabajo con los síntomas de ansiedad, estrés laboral y miedo al COVID-19. En los resultados se encontró que la tercera parte presentó estrés laboral leve y el 6% presentó estrés laboral alto o severo sin diferencias entre grupos; hubo síntomas de ansiedad en el 72.9%, más frecuente entre los que trabajaban en capitales y el 37.1% presentó síntomas de miedo al COVID-19 sin encontrar asociación en regresión logística. Finalmente, se concluye que siete de cada diez médicos presentaron síntomas de ansiedad o estrés laboral, mientras que cuatro síntomas de miedo al COVID-19.

Azoulay et al. (2020) realizaron un estudio cuyo título es “*Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study*” en 21 Unidades de Cuidados Intensivos de Francia entre mayo y junio de 2020. El Estudio tuvo por objetivos determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y disociación peri traumática en trabajadores de la salud.

niveles de compromiso de salud mental en 709 trabajadores UCI de 9 hospitales. Se trató de un estudio transeccional en el que evaluó a través de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria y el Cuestionario de Experiencia Disociativa Peri traumática, identificando los factores independientemente asociados con síntomas reportados de trastornos de salud mental. Se reportó que la prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 50,4%, de depresión 30,4% y de disociación peri traumática 32% siendo más altas en enfermeras y el sexo masculino estaba independientemente asociado con baja prevalencia de los síntomas. Finalmente, se concluye que los profesionales de la salud experimentan niveles altos de compromiso psicológico durante la pandemia.

Urzua et al. (2020) realizaron un estudio cuyo título es “*Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile*” en 125 trabajadores de atención primaria y secundaria de Chile. El Estudio tuvo por objetivo establecer los factores asociados y los síntomas de compromiso de salud mental en trabajadores de la salud. Se trató de un estudio en el cual se realizaron encuestas virtuales utilizando las Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), el Índice de Severidad del Insomnio (ISI-7) y la Escala Revisada de Eventos de Impacto (IES-R). Se reportó que los síntomas de ansiedad se presentaron en un 74%, de insomnio 65% y de distrés 57% siendo los médicos con medias más bajas que otros profesionales; y más altas en los atendían problemas respiratorios. Finalmente, se concluye que la frecuencia de alteraciones de salud mental en esta población es alta. La investigación, aparte de tratarse de una población de trabajadores de la salud, utiliza instrumentos validados y también nos acerca a nuestra realidad por ser de Latinoamérica, siendo útil para nuestro estudio.

Caillet et al. (2020) presentaron un trabajo titulado “*Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers*” en UCI de Hospitales Docentes de Francia. Este presentó por objetivo

determinar el impacto psicológico de COVID 19 en trabajadores de salud. Fue un estudio a través de encuesta virtual que utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y la Escala Revisada del Impacto de Eventos (IES-R). Se encontró que la incidencia de depresión fue de 16%, de ansiedad 48% y un 27% presentó síntomas de distrés postraumático. Además, los factores de riesgo para ansiedad fueron trabajo en COVID y falta de entrenamiento en UCI; mientras que los factores de riesgo para distrés postraumático fueron historia de burnout y falta de entrenamiento en UCI. Finalmente se concluye que el COVID 19 podría tener un gran impacto en trabajadores de UCI.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Lovon (2021) realizó una Tesis titulada *"Alteración de la salud mental en el contexto de la pandemia en personal de centros de salud categoría I-4. Arequipa 2021"* en Centros de Salud de Arequipa, el mismo que tuvo por objetivo determinar la frecuencia de alteraciones de la salud mental en trabajadores de Centros de Salud Nivel I-4. Se trató de un estudio de tipo observacional con frecuencias usando La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Dentro de los resultados destaca el nivel de Estrés en 25,7% predominando el Estrés moderado y en el personal médico; de Ansiedad en 54,8% ansiedad moderada y en personal de enfermería y de Depresión en 37% predominando depresión leve y moderada y en personal de laboratorio. Este trabajo concluye que en los centros de salud predomina ansiedad, depresión y estrés en nivel moderado.

Linares y Valladares (2021) realizaron una Tesis titulada *"Programa de intervención en enfermeros del Hospital Regional de Huacho que presentan ansiedad y estrés en el contexto COVID 19-2021"* en el Hospital Regional de Huacho, que tuvo por objetivo comprobar el efecto que tiene la aplicación de un programa de intervención sobre ansiedad y estrés por COVID en 72 enfermeros. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, longitudinal, pre

experimental con aplicación de cuestionario para evaluar ansiedad y estrés pre y post intervención. Se encontró que en el pretest el 69,4% presentaron nivel medio de ansiedad y el 25% un nivel bajo de estrés; mientras que en el post test el 100% mostraron niveles bajos de ambos. Se concluye que la aplicación del programa de intervención fue efectiva con alta confiabilidad y significancia.

Sánchez (2021) realizó una Tesis titulada “Estrés, ansiedad y depresión en profesionales asistenciales, área COVID19 del Hospital Virgen de Fátima, 2020” en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas que tuvo por objetivo determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión de 60 trabajadores de la salud del hospital mencionado. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal utilizando la Escala DASS 21 mediante Google Forms. Se encontró depresión moderada en el 76.7% de participantes, ansiedad extremadamente severa en el 38.3% y estrés moderado en el 46.7%. s. Se concluye que el mayor porcentaje de trabajadores presentó niveles moderados de depresión, ansiedad y estrés.

Vallejos (2021) presentó una Tesis cuyo título fue “Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia- Red Asistencial Lambayeque” realizada en el Centro de Atención Primaria (CAP III) Carlos Castañeda Iparraguirre - La Victoria Red Asistencial Lambayeque, con el objetivo de evaluar el efecto emocional producto de COVID-19 en el personal asistencial. Se trató de un estudio de tipo descriptivo transversal, utilizando la escala DASS 21 en 79 profesionales de la salud. Se encontró que el personal de Enfermería presentó depresión y ansiedad leve con 80% y 50% respectivamente; los médicos con 50% y 57.14% respectivamente y los tecnólogos médicos 55.66% y 66.67% respectivamente; mientras que el 55.56% del total de profesionales de salud presentan. estrés. Se concluye que la pandemia COVID19 ha afectado emocionalmente a los profesionales de la salud.

Vásquez (2020) realizó una tesis en la Universidad César Vallejo de Lima, que tuvo por título “*Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020*”, en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, cuyo objetivo fue determinar la incidencia y relación entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés laboral en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de pandemia COVID 19 durante el 2020. Se trató de un estudio con un enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo-correlacional que involucró a 45 trabajadores de la salud (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería). Se utilizó la técnica de la encuesta y se aplicaron tres instrumentos: escala de ansiedad de Hamilton (14 ítems), escala de depresión de Hamilton (17 ítems) y la escala de estrés laboral de Hock (12 ítems) analizando sus dimensiones. Entre los resultados destacó que la incidencia de ansiedad fue del 68,9% mientras que la de depresión fue del 53,5% y la de estrés laboral fue de 44,4%; encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad sin encontrarla con otras dimensiones. Finalmente se concluyó que estos compromisos de la salud mental de los trabajadores no solo comprometen la atención y la empatía con el paciente, sino que además alteran la capacidad resolutive de los trabajadores de salud, situación que compromete gravemente la lucha contra el COVID 19.

Condori (2020) realizó una tesis en la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, que tuvo por título “*Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Arequipa*”, en Hospitales de la Región Arequipa, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio incidencia y la exposición a COVID 19. Se trató de un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo en el cual se utilizaron encuestas virtuales a 395 médicos en hospitales a través

la escala Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Índice de Severidad del Insomnio (ISI). Entre los resultados destacó que la presencia de síntomas de depresión fue del 56,7%, de ansiedad del 35,7% y de insomnio 31,9% con severidad leve a moderada. Los factores asociados fueron sexo femenino, enfermedad crónica, contacto y trabajo en área COVID. Finalmente, se concluye que existe asociación entre exposición al COVID y síntomas de ansiedad e insomnio.

1.4.3. Antecedentes Locales

Burneo y Campos (2021) realizaron una Tesis titulada “Asociación entre salud mental y actitudes ante el confinamiento durante la pandemia COVID-19 en hospitales de Lima y Callao “en personal de salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital Militar Central, con el objetivo de identificar la asociación entre depresión, ansiedad y estrés y actitudes ante el confinamiento durante la pandemia por COVID-19. Se trató de un estudio de tipo transversal, observacional y analítico en el cual participaron 124 trabajadores de salud a quienes se aplicó la escala DASS-21 y la escala de actitudes adaptada frente al confinamiento para COVID-19. La mediana del puntaje de la Escala Dass-21 para ansiedad fue de 2 (Rango intercuartílico = 5), la mediana del puntaje de Dass-21 para depresión fue de 1 ($R_i=4.5$) y la mediana del puntaje de la Escala Dass-21 para estrés fue de 4 ($R_i=5$). Se identificó que el grado de instrucción tenía una relación significativa con la subescala de depresión, ansiedad y estrés. Se concluye que se encontró asociación entre los parámetros afectivos de la escala ante el confinamiento y las subescalas de DASS-21.

Obando et al. (2020) realizaron una investigación que lleva por título "Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19." en Servicios de Emergencia de Hospitales Públicos de Lima y Callao (Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) con el objetivo de

determinar el nivel de ansiedad, estrés y depresión en enfermeros que atienden en áreas Covid-19. Se trató de un estudio de tipo estudio descriptivo transversal utilizando encuesta virtual con la Escala DASS-21 aplicada a 126 Enfermeros de Emergencia. Los resultados mostraron nivel de ansiedad del 39.1%, depresión 24,6% y estrés 8,8%; estando asociado a estas variables el género femenino, la edad, años de servicio y lugar de trabajo. Las conclusiones del estudio son que el personal de enfermería presenta mayor posibilidad de depresión que estrés.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Este estudio puso en evidencia la utilidad de la aplicación de una intervención para los trabajadores de la salud del área de emergencia que atienden pacientes COVID-19 en las Instituciones de Salud de nuestro país, estimulando la revisión y la posterior aplicación de los principios de la intervención por los actores principales en la toma de decisiones en el Sector.

1.5.2. Justificación práctica

El presente trabajo desde el punto de vista práctico planteó soluciones fáciles y prácticas al problema de la salud mental de los trabajadores del área de emergencia que atienden pacientes COVID-19; dando lugar a recomendaciones que serán transmitidas a los Directivos para finalmente ser generalizadas y aplicadas en los diferentes Establecimientos del Sector.

1.5.3. Justificación económico – social

El abordaje de la salud mental del personal que atiende pacientes COVID-19 es difícil y complejo, por eso se planteó en este trabajo una intervención corta, fácil y de bajo costo que permitió al personal de salud de emergencia afrontar los principales problemas en salud mental a los que se ven enfrentados: estrés, ansiedad y miedo. De esta manera, las instituciones podrán contar con personal continuamente preparado mentalmente para hacer frente a la dura batalla

que se tiene que librar con el COVID-19, generando ahorros en la contratación de más personal, descansos y enfermedades que pudieran afectar el adecuado desenvolvimiento de la institución.

1.5.4. Justificación metodológica

El presente estudio dio lugar a la construcción de un programa de intervención para la salud mental de los trabajadores que atienden pacientes COVID-19 de una manera novedosa, ágil y económica; y además agregó a la metodología de intervención una plataforma digital conocida que estará permanentemente a disposición de la población de estudio.

1.6 Limitaciones de la investigación

El presente trabajo estuvo limitado por:

- El aspecto económico en relación con la disposición de tiempo y dinero para poder solventar los gastos de una investigación prolongada, eventos que fueron superados ya que se contó con la colaboración directa del Jefe de Emergencia, así como de la Jefa de Enfermeras de Emergencia con la finalidad de disminuir gastos y tiempo innecesarios.
- La falta de colaboración de los profesionales para contestar las encuestas y para participar en la intervención por falta de tiempo dada la carga asistencial que ellos tienen, por este motivo se realizaron dos intervenciones de sensibilización para lograr su mejor colaboración.
- La resistencia a la participación que se observó en los participantes por un natural estado de cohibición para compartir sentimientos muy personales que pudieran hacerlos ver cómo personas vulnerables o incapaces de lidiar con situaciones apremiantes que exigen su entrega profesional por lo cual se propuso llegara a ellos sin alterar estas condiciones a través de un abordaje por vía virtual.

▪

1.7. Objetivos de la investigación

-Objetivo general.

Determinar la efectividad del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022

-Objetivos específicos.

1. Determinar el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
2. Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
3. Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
4. Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de Estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
5. Determinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés presentan antes y después de la aplicación del programa de intervención en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022

1.8. Hipótesis

-Hipótesis general.

La aplicación del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) logra cambios significativos en la mejora de los niveles de ansiedad, estrés y depresión en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022

-Hipótesis específicas.

1. La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de ansiedad en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
2. La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de depresión en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022
3. La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de estrés en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2.1.1 Salud Mental

A partir del concepto de Salud en forma holística cómo ya es conocido el concepto de la OMS, se desprende el entender la salud mental cómo sustrato a la definición ya conocida de salud y se aplican por lo tanto las mismas intervenciones y conceptos de promoción y prevención de la salud.

En uno de sus documentos oficiales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004) está entidad justamente muestra una definición de salud mental dentro de este concepto y principios. Así pues, se trata de un estado de bienestar en primer lugar, cómo en el concepto de salud; pero en el cual la persona es capaz de afrontar las situaciones problemáticas o de presión en su vida diaria a la vez que le permita realizar su actividad productiva en forma adecuada y sin complicaciones dando por lo tanto una contribución a su comunidad y obviamente a su propia familia. Sin embargo, para que esto funcione, el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes para lograr este bienestar.

Uno de los puntos importantes es que la salud mental no puede desprenderse del concepto de salud, tal como se afirmó líneas arriba; así pues, el funcionamiento de las áreas mental, física y social no pueden estar desligadas. No existe salud física sin salud mental ni viceversa.

De la misma manera que la salud física está determinada por factores sociales y ambientales, de la misma manera lo está la salud mental. Factores tales como la pobreza, inequidad, y otros hacen a las personas más vulnerables tendiendo por lo tanto a sufrir desesperanza, inseguridad, cambios en el comportamiento, violencia y otros signos de compromiso de la salud mental.

La conducta del individuo también está relacionada a la salud mental, influyendo junto con otros cómo los aspectos sociales y económicos para generar situaciones de violencia que afectan la salud mental. En este punto, debemos tener en cuenta que la salud mental se relaciona con la forma cómo cada persona puede manejar sus deseos, sus habilidades, sus sentimientos, así como sus valores morales para hacerle frente a las diferentes circunstancias que le presenta la vida (Carrazana, 2001).

Cómo se ha visto, la salud mental tiene que ver con aspectos sociales y económicos que afecta fuertemente la alteración de la misma, de la misma manera, hay aspectos individuales que pueden también afectar tales como la experiencia individual, la interacción social, valores culturales, la estructura de la sociedad entre otros; llegando de esta manera a afectar a la familia y a la comunidad. Por lo tanto, la salud mental se considera en la actualidad parte importante de la salud pública, bajo el enfoque que el mejoramiento de la salud mental desde los aspectos sociales y económicos contribuyen a la mejora de la salud de la población y por lo tanto disminuyen sus costos económicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Por otro lado, hay que diferenciar y dejar de estigmatizar la salud mental, separada por definición de enfermedad mental, aspecto cómo se sabe puramente patológico y en manos de la psiquiatría. De esta manera, es decir, al no hacer diferencias en esta semántica, durante muchos años se trató la salud y la enfermedad mentales en forma separada de la salud física y muy especialmente de la salud pública en lugares apartados y alejados conocidos cómo manicomios o instituciones de salud mental. Es especialmente en este punto que hay que resaltar el enfoque progresivamente positivo que le ha dado la OMS la salud mental en el cual considera los determinantes sociales y el aspecto importante de los derechos humanos dándole un carácter político y social (Lopera, 2015).

La población que compone el personal sanitario en todos sus niveles siempre ha estado expuesta a alteraciones de la salud mental producto de emociones negativas por la alta demanda de atenciones, límite de agotamiento físico, malas condiciones laborales, exposición al miedo y a la muerte entre otras (Rodríguez, 2020); especialmente aquellos que atienden servicios de emergencia y UCI. Estas situaciones se han visto empeoradas, siendo más frecuentes y más agresivas por la presencia de una pandemia que conlleva a dificultades en la calidad de la atención de los pacientes; y un aspecto importante pocas veces considerado es la edad de esta población, que al ser económicamente productiva se ve alterada en estas situaciones en su ambiente laboral. En ese sentido, la carga de compromiso de la salud mental se ve agravada por varios factores cómo ya se mencionó, pero en esta población hay que tener en cuenta la tensión social, pérdidas en el ambiente familiar, pobreza, marginación, desesperanza entre muchos otros, haciendo ver la multifactorialidad del compromiso de la salud mental y la dificultad de catalogar una patología específica mental en estos casos, pues debemos tener en cuenta que el grueso de la población en general, y en específico el personal sanitario no padece un trastorno mental específico por el cual genere un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica ni la necesidad de tratamiento farmacológico ni atención psiquiátrica especializada sino más bien se observa compromiso de la salud emocional llevando a la búsqueda de alternativas cómo psicoterapia y otras intervenciones (Valencia, 2007).

2.1.1.1 Salud Mental en Pandemia COVID

El impacto de la pandemia por COVID 19 en el mundo ha sido y está siendo estudiada actualmente desde muchos aspectos sociales, económicos y de la salud; y dentro de este último en todas las áreas de la salud, siendo por lo tanto comprensible que la información, los métodos y paradigmas están en constante cambio. Una de las áreas de constante estudio es la salud mental de la población en general y específicamente del personal sanitario que se ocupa de la

atención frontal de los pacientes en esta pandemia. Si ya se conoce que las enfermedades mentales comunes o nuevas aumentan en número frente a situaciones de desastre, es de esperar que en la pandemia también se produzca este aumento, considerado en un porcentaje de aumento del 15 al 20% en las formas comunes (Mas, 2020).

Dentro de este espectro, la gran variedad de estudios ha encontrado alteraciones de la salud mental en forma consistente tales como estrés o distrés en niveles muy variables, que van desde el 57%; además síntomas de ansiedad que van desde el 16% y síntomas depresivos entre las más frecuentes alteraciones de la salud mental (Urzua, 2020; Nwachukwu, 2020; Lozano, 2020). Otras alteraciones largamente mencionadas son miedo, insomnio, cambios en los hábitos de bebida y especialmente un aspecto de particular importancia es el miedo. Aquí cabría destacar aspectos que son específicos de la pandemia. Se han encontrado niveles de miedo con respecto a la muerte, a contagiarse o contagiar a sus familiares (Hawryluk, 2020). Por otro lado, estudios de revisión sistemática también han comprobado la aparición de estos compromisos, especialmente en el personal que trabaja en primera línea quienes presentan por lo menos niveles medios de ansiedad, depresión, insomnio y estrés (García, 2020; Lozano, 2020).

Especialmente en la población que nos ocupa, se desencadenan sentimientos de soledad, desesperanza, así como algunos estados disfóricos emocionales, entre estos los que hemos mencionado, como estrés, irritabilidad, fatiga mental. La situación laboral del trabajador sanitario, especialmente comprometida en la situación de la pandemia actual a nivel mundial dan lugar a situaciones relacionadas a estrés asociado en forma importante a la sobrecarga laboral haciéndolo vulnerable a daño psicológico y la posibilidad de progresar a compromiso psiquiátrico (Ornell, 2020). En el caso más específico de trabajadores de la salud de áreas críticas, emergencia y UCI además de aquellos que se encuentran en primera línea, se pueden considerar dos factores que comprometen la salud mental : el aspecto laboral y las relaciones

humanas. Uno de ellos es que por el espectro laboral propio de estos trabajadores son ampliamente propensos a fatiga mental y física; mientras que el otro se podría considerar específicamente ligado a la pandemia actual, pues la sensación de miedo, inseguridad e incertidumbre son mucho más marcados en esta situación y contexto de la pandemia.

Si bien es cierto este análisis se extiende a todos los trabajadores sanitarios que se han enfrentado directamente en la primera línea de la pandemia, también es cierto que los estudios que han involucrado trabajadores de UCI han demostrado consistentemente que tiene niveles más altos de estos compromisos de la salud mental en comparación con sus pares; presentando incluso niveles de depresión severa (Hassan,2020; Laurent, 2021; Greenberg, 2021).

2.1.1.2 Estrés

Claude Bernard en el siglo XIX plantea ya la existencia de un equilibrio en el interior de la persona, que era alterado por factores externos; Cannon, ya a inicios del siglo XX plantea adaptar el término homeostasis para definir este equilibrio y aparece la definición de estos factores externos como estresores e inclusive va más allá afirmando que la aparición de estos da lugar a reacciones en el individuo de dos tipos, de afrontamiento y de huida. Hans Selye fue un endocrinólogo Austriaco que vivió en Montreal y planteó por primera vez la teoría del estrés cuando era director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal en los años 50 del siglo XX. Las primeras publicaciones del mismo describen las reacciones a situaciones límite en ratas expuestas y sus respuestas, pero no se aceptó el término estrés hasta el año 1950 en que se acepta la denominación como tal y se describen las reacciones frente a estos agentes por varios autores. Así, finalmente se describe al estrés como la situación producto del impacto de varios estímulos que se conocen como estresores en una persona determinada dando lugar a una respuesta cerebral producto del análisis del estímulo que se

manifiesta en una respuesta inespecífica de alarma o también de activación dando lugar a respuestas de adaptación que son de dos tipos, de huida o de afrontamiento (Cabanyes, 2017). La naturaleza del estrés es multidimensional ya que comprende aspectos psicológicos y neurobiológicos. Así, se compromete el sistema nervioso simpático y parasimpático y el neuromuscular frente a los estresores; otro nivel de compromiso es el sistema neuroendocrino manifestándose en alteraciones de la frecuencia cardíaca y la presión arterial; y finalmente ya a nivel psicológico muestra compromiso de las áreas emocional, cognitivo y conductual.

Hay dos términos que deben diferenciarse al analizar el tópico de estrés. Uno de ellos es el distrés, que es la manifestación de mucho malestar originada por el efecto del estrés siendo nocivo para la persona; sin embargo, no toda situación de estrés origina distrés. Otro término que se debe tratar aquí es la aparición de estrés en poblaciones de trabajadores expuestos a estrés, enfocado especialmente en aquellos que brindan servicios. Múltiples investigaciones en estos grupos poblacionales mostraron que los efectos del estrés llevaban a cierto grado de agotamiento por el exceso de trabajo dejando de lado sus propias necesidades; a esta situación especial se llama Burnout (Morales et al, 2001).

2.1.1.3 Ansiedad

En un sentido amplio, se ha definido ansiedad cómo una situación variable de la persona que en algunos casos puede aparecer “normal” y en otros sobrepasa un nivel establecido arbitrariamente. En sentido estricto, la ansiedad es más bien una respuesta que tiene dos niveles: psicológico y físico; o más específicamente una parte a nivel fisiológico y otra parte a nivel conductual, cognitiva y emocional. Se caracteriza por presentar un estado de alerta frente a eventos internos y externos que tienen la propiedad de generar el máximo rendimiento del organismo para afrontar un peligro o una amenaza que sufra la persona. Una característica o rasgo principal de la ansiedad es que la amenaza percibida puede ser de varios niveles desde el

más simple hasta el más alto; así, puede ser tan solo una autoexigencia o alteración ambiental hasta las situaciones que generan percepción de miedo intenso o peligro, y en estas circunstancias el individuo responde con actitudes que van desde el afrontamiento, la huida o el ataque (Cabanyes, 2017). Viéndolo de esta manera, la ansiedad podría tener un nivel considerado “normal” que genera una respuesta adecuada a la circunstancia que lo produjo, aunque tiene mucha influencia el carácter subjetivo de esta observación; así como la propia personalidad del individuo. Entonces, la exposición a un estímulo que podría ser interno tal como una emoción intensa o externo como la percepción de una amenaza o un peligro a la persona, da lugar a la generación de síntomas psíquicos tales como miedo, inquietud, etc.; los mismos que se correlacionan con una respuesta física a nivel del sistema nervioso simpático manifestada por taquicardia, sequedad de boca, sudoración profusa y otros.

Estas manifestaciones dan lugar a un estado de agitación e inquietud que resulta desagradable para el individuo que logra percepción consciente del peligro, catástrofes inminentes que como vimos están asociados a manifestaciones físicas y finalmente a una posible reacción o respuesta a esta percepción cognitiva del peligro con bastante nitidez (Sierra, 2003). La secuencia de eventos, y especialmente la respuesta autonómica prepara al individuo para que su respuesta frente al estímulo o daño que produjo el evento sea satisfactoria. Si el evento que produce el estado de ansiedad es de tal magnitud que sobrepasa a la persona y no puede obtener esa respuesta satisfactoria alterando el nivel funcional habitual del individuo, esta reacción no siendo adecuada configura un trastorno o síndrome de ansiedad. Esta patología constituye una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y subyace un compromiso y sufrimiento tanto para la persona como para su entorno familiar. En relación a los aspectos teóricos de la ansiedad, se ha observado que hay muchos aspectos y escuelas desde los cuales se aborda; sin embargo, es de notar que todas las teorías coinciden en que la ansiedad

se trata de una respuesta de tipo emocional de carácter demasiado complejo, con propiedades adaptativas muy sostenidas y que es pluridimensional desde el punto de vista fenomenológico (Sierra, 2003). Endler y Magnusson en 1976 plantean el enfoque cognitivo-conductual, en el que consideran la conducta está determinada desde la interacción que se produce entre las características individuales de la persona y la situación que se le presenta a la persona; considerando en el desarrollo de la ansiedad dos tipos de variables, una de ellas son cognitivas propias del individuo como creencias e ideas y las otras son situacionales tales como los estímulos que activan la generación de determinada conducta. Desde este punto de vista, se empezó a considerar la ansiedad como un concepto multidimensional y ya no como un rasgo propio de la personalidad.

2.1.1.4 Depresión

Para tratar acerca de la depresión primero debemos tener un acercamiento a la tristeza. La tristeza se trata de una emoción y es muy primitiva, básica, de carácter universal y de propiedad adaptativa siendo uno de los estados de ánimo psicológicos más frecuentes (Cabanyes, 2017). La depresión, por el contrario, lleva consigo cierta sintomatología que la caracteriza como enfermedad. Entre esta sintomatología se considera la disminución o falta de energía para la labor diaria, el agotamiento, la falta de respuesta del aparato psíquico y la falta de regulación del equilibrio psicosomático. Es tal la importancia de la depresión que la OMS la considera causa de gran morbilidad afectando a unos 350 millones de personas en el mundo. Una característica importante en comparación con cualquier otra alteración de la salud mental es el carácter complejo y multidimensional de sus causas. Dentro de estas causas podemos determinar aspectos biológicos tales como el hecho de que la depresión se hereda hasta en un 40% especialmente en las formas de inicio temprano y recurrente. El segundo aspecto que contribuye a la causalidad es el de la personalidad; en el cual se conoce que existen

personalidades más propensas a sufrir de depresión, situación condicionada por dos situaciones que son el temperamento y la experiencia y ambos influyen en el desarrollo del carácter. Otro aspecto es el ambiente, demostrado por la influencia que ejercen situaciones de la infancia que podrían condicionar cierta situación de vulnerabilidad; también la exposición a factores estresantes y conflictos existenciales que podrían acercar a la persona a episodios de depresión. Además de los mencionados otro aspecto es que la depresión está modulada culturalmente, lo cual está evidenciado por las diferencias constitucionales entre raza, además de la variedad de sistemas de valores, creencias y significados sociales de cada grupo cultural; así como la diferencia que existe entre culturas en las formas y grados de expresión emocional influye en el reconocimiento de la depresión. Con la finalidad de diferenciar depresión del estado de ánimo manifestado como tristeza, se pueden considerar tres niveles de respuesta que van desde la más básica a la más profunda frente a una situación adversa de tristeza tal como el duelo (Cabanyes, 2017).

La primera situación de respuesta es una respuesta afectiva normal producto de un evento de la vida diaria y se caracteriza por sentimientos propios del cansancio y de un sobreesfuerzo que supere los límites de la persona. Es una respuesta adecuada y proporcional al estímulo que lo originó; es de breve duración y finalmente, carece de afectación al aparato orgánico, el quehacer profesional o las relaciones de la vida diaria.

La Segunda situación de respuesta es una respuesta afectiva desproporcionada caracterizada por respuestas o manifestaciones de carácter emocional muy intensas y bastante persistentes que llegan a bloquear o interrumpir la capacidad de la persona para controlar en forma adecuada a la situación que dio lugar a la respuesta de depresión.

La tercera situación de respuesta es la que da lugar a lo definido como depresión. Se refiere a una situación patológica que se caracteriza por la pérdida de las ganas de vivir, de la capacidad

de responder y de la posibilidad de restablecer el bienestar perdido. Se caracteriza por presentar específicamente tres aspectos clínicos dentro del área de la psique que son la alteración del estado de ánimo caracterizado por tristeza, pesadumbre y pobre reactividad; la alteración del pensamiento caracterizado por difícil concentración, pérdida de confianza, indecisión, inutilidad, culpa, hasta ideas suicidas; y la alteración de la actividad psicomotriz, caracterizada por lentitud, falta de comunicación, agitación, inquietud e hiperactividad. Por otro lado, la depresión así mismo manifiesta síntomas somáticos entre los cuales destacan insomnio o hipersomnias, hiporexia, pérdida de peso, disminución de la libido, cansancio, fatiga, cefalea y manifestaciones vegetativas dentro del área gastrointestinal y cardiovascular.

Dentro de los teóricos de la depresión, destaca en los estudios actuales la teoría cognitiva de Beck (1976), la cual postula que la depresión es resultado de la interpretación errada de las situaciones, eventos o acontecimientos negativos que tiene que afrontar la persona (Vásquez et al., 2000). Esta teoría postula básicamente tres conceptos que la cognición, en relación a la percepción y contenido en el pensamiento de la persona; el contenido cognitivo, que es el resultado del proceso de los pensamientos e imágenes sobre un hecho que tiene la persona; y finalmente los esquemas que son las creencias principales que servirán de directivas para procesar la información que proviene del medio de la persona; podrían ser producto del aprendizaje y los de tipo depresivo tendrían que ver con acontecimientos como pérdidas. En base a estos sustentos teóricos, la teoría cognitiva considera que la depresión descansa sobre cuatro pilares fundamentales de tipo cognitivo. Uno de ellos es la triada cognitiva que considera la visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro: Otro es la existencia de pensamientos automáticos de tipo negativo que dan lugar a la característica respuesta emocional del paciente depresivo. El tercero es la existencia de errores en la percepción, así como en el procesamiento de la información tales como la inferencia arbitraria, la generalización, la magnificación y la

minimización. Finalmente, el cuarto es la presencia de disfunción en los esquemas, especialmente los esquemas cognitivos disfuncionales que no le permiten discernir adecuadamente (Vásquez et al., 2000).

2.1.1.5 Instrumentos de medición de Salud Mental

a. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

El constructo en el que se apoya la medición del compromiso de la salud mental a través de la alteración de los desórdenes emocionales más comunes como ansiedad, depresión y estrés se basa en el modelo tripartito de concepción de estos afectos de carácter negativo (Lovibond, 1995; Joiner, 1996; Anderson, 2008). Este modelo plantea dos de estos afectos principales cuya diferencia históricamente ha planteado dificultades en los teóricos especialmente ansiedad y depresión. Ambos comparten un componente afectivo negativo, pero pueden diferenciarse entre ellos por un lado en la ansiedad y el estrés por la hiperestimulación o activación fisiológica (hiperarousal) y por otro lado en la depresión por el pobre afecto positivo (Anderson, 2008) o afecto negativo generalizado (Joiner, 1996). La posibilidad de estudiar estos efectos según este modelo descansa también en aspectos que diversos estudios han demostrado (Joiner, 1996). Uno de ellos es que el afecto positivo y el afecto negativo representan dimensiones separables del ánimo, permitiendo diferenciar ansiedad y depresión; otro es que es posible describir adecuadamente ambos síndromes y finalmente en el caso de la depresión no se observa diferencias de género. Así mismo, el estrés se encuentra relacionado más íntimamente a ansiedad a través de estados de condiciones afectivas negativas, siendo su reacción afectiva relacionada con esta (Alves, 2006). En la búsqueda de la caracterización de la depresión y la ansiedad este modelo explica claramente las características de estas en los tres factores que se han mencionado. Dentro de los instrumentos o escalas que comprenden en su constructo estos tres factores o subescalas está DASS 21 que es muy consistente con lo

expuesto respecto del modelo tripartito, considerando (1) depresión por afecto positivo disminuido y reducción de autoestima e incentivos; (2) ansiedad por hiperestimulación fisiológica y (3) estrés por tensión persistente, irritabilidad y decaimiento frente a frustración (Alves, 2006). Esta escala surgió frente a la inicial dificultad para diferenciar ansiedad de depresión en el área de la investigación en su etapa inicial por Lovinbond en 1995 y posteriormente Crawford en 2003 agrega una nueva escala caracterizada por estrés y diferenciada de los otros estados por activación y tensión persistente, la misma que es agregada por los autores originales. A pesar de que los factores presentan dificultad para diferenciar las alteraciones de la emoción, justamente inicialmente se mostró que la escala posee alto valor discriminante y convergente para depresión y ansiedad, mostrando utilidad en un modelo de dos factores para finalmente demostrar que el modelo de tres factores en la escala DASS 21 representa un ajuste significativo en relación a los modelos de un factor o dos factores.

Finalmente, la mayoría de las investigaciones realizadas (Antunez, 2011) indican que la escala DASS 21 tiene una muy buena y sólida consistencia interna presentando una real distinción entre ansiedad y depresión si se compara con otras medidas. Por otro lado, dado que según hemos visto, estas tres alteraciones del ánimo muestran un origen común manifestado a través de la clínica generando importante morbilidad, la capacidad que se tenga de medir las tres alteraciones del ánimo en forma separada es de gran utilidad para la práctica clínica, así como para los investigadores con la finalidad de establecer el origen de la alteración emocional cuando es parte de su tarea clínica; y por otro lado, permite también planificar intervenciones en la prevención de estos trastornos dentro del ámbito de la salud pública.

2.1.2 Programas de Intervención en Salud Mental

Los programas de intervención surgen a partir de una necesidad en un grupo con cierta alteración o deficiencia que debe ser compensada a través de la sistematización de actividades

con la finalidad de llegar a un objetivo. Por otro lado, Riart (1996), mencionado por Molina (2007) conceptualiza un programa de intervención de la siguiente manera: “es una planificación y ejecución en determinados períodos de unos contenidos, encaminados a lograr unos objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espacio temporal determinado”.

Dentro del marco de atención de salud pública, cómo se ha visto líneas arriba y en relación a la Carta de Ottawa de Promoción de la salud de la OMS firmada en el año 1986, se ha planteado la importancia de las intervenciones aplicadas al caso de la salud mental como parte de las estrategias de intervención de las políticas de salud pública. En líneas generales, se consideran la adopción de políticas públicas saludables, la creación de áreas de apoyo en salud mental, el reforzamiento de la acción de las comunidades, el apoyo y la promoción del desarrollo de habilidades personales en los trabajadores sanitarios y de forma importante la reorientación de los servicios de salud dentro del marco de la salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

La determinación de alteraciones en la salud mental de los trabajadores de salud debería llevar a la intervención del equipo de salud responsable. En un primer nivel la intervención debería ser de tipo emergencia en crisis y los demás casos deben ser individualizados en relación a sus necesidades para lograr controlar sus emociones a través de medidas de afrontamiento, llegando a establecerse una intervención personalizada. De acuerdo a lo expuesto, la base de la intervención en situaciones de alteración de la salud mental es a través de estrategias de afrontamiento (Di Monte et al, 2020). Estas son acciones que realiza el individuo afectado para enfrentar un evento que lo amenace o altere su bienestar (Aerrogante, 2016). En el año 1986, Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento considerándolo como la suma de esfuerzos de tipos cognitivos y conductuales que el individuo desarrolla con la

finalidad de controlar o manejar aquellos eventos demandantes sean externos o internos que sobrepasan a los recursos con los cuales este puede hacerle frente (Castaño y León, 2010). Por otro lado, Connoer y Flachsbrt clasifican las estrategias de afrontamiento en dos tipos. Una es de tipo adaptativo o también de compromiso, en la cual se generan acciones que permiten a la persona mejorar y defenderse de situaciones adversas que hayan alterado su salud mental. El segundo es de tipo no adaptativo o de falta de compromiso, en la cual la persona se desvincula o se aleja de las situaciones que lo alteran dando lugar a un fenómeno de huida ante la situación adversa presentada (Arrogante et al, 2015). Los mismos autores mencionados anteriormente, Lazarus y Folkman desarrollaron la Escala de Modos de Afrontamiento para evaluar los pensamientos y acciones que el individuo desarrolla frente a una situación que altera su salud mental, sea depresión, ansiedad o estrés. Comprenden ocho niveles o indicadores. Los dos primeros se dirigen a la solución del problema (nivel cognitivo); los otros cinco en cuanto a regulación emocional y el último involucra ambos aspectos. Estos autores consideraron los siguientes niveles:

- Confrontación: Tratar de enfrentar y solucionar la situación realizando acciones arriesgadas o agresivas.
- Planificación: Una etapa más razonada en la cual predomina la búsqueda de estrategias.
- Distanciamiento: En la etapa de regulación emocional empieza el apartamiento de la situación problemática.
- Autocontrol: Aparece el esfuerzo del individuo para controlar por sí mismo sus emociones.
- Aceptación: Muestra el reconocimiento del rol jugado por la persona en el problema.
- Escape: Formas inútiles de evitar el problema, cómo ignorarlo o hacer otras actividades.

- **Reevaluación positiva:** La persona trata de analizar y percibir los efectos positivos de la situación.
- **Búsqueda de apoyo:** La persona recurre a familia o amistades en búsqueda de ayuda o comprensión (Vásquez, s.f.).

Dentro de este marco, un proyecto de intervención debe contar con algunos principios que orientan su concepción y posterior funcionamiento. Uno de los principales es el hecho de que debe estar dirigido a la reducción de los factores de riesgo y por otro lado a potenciar aquellos factores de protección. Para esto, la intervención debe ser individualizada, flexible y dinamizada. Otro principio es el de la normalización. Para esto, la intervención debe estar dirigida a lograr la mínima alteración en el entorno y la vida diaria del intervenido. Finalmente, dos principios de vital importancia son considerar el entorno familiar y el trabajo coordinado con el entorno laboral. En base a estos principios, el plan de intervención debe tener acciones de orientación individualizada para lograr que la comunicación sea asertiva (Linares, 2021), que haya grupos de autocuidado en los trabajadores de la salud, que se pueda establecer actividades periódicas de relajación y que se procure la mejora permanente del bienestar familiar. Por otro lado, los programas de intervención en salud deberían contar con algunas pautas o direccionalidades que debe desarrollar el personal que interviene (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Estas pautas se consideran son tres: observar, escuchar y conectar. La primera permite examinar la condición del intervenido; la segunda inicia el lazo de ayuda y la tercera impone empatizar con la persona para lograr que la intervención sea un éxito.

Una nueva modalidad la constituyen aquellos programas que los mismos participantes utilizan con guía profesional a través de internet especialmente en el caso de que el acceso directo a los servicios de salud mental se vea dificultado por la sobrecarga laboral o la falta de

disponibilidad o la distancia; o en todo caso el trabajador por su condición sienta vulnerado su entorno dada su condición de agente de salud. Específicamente en la situación actual de la pandemia, es necesario que este tipo de intervenciones sean robustecidas y más diseminadas entre los trabajadores de salud, que estén basadas en la evidencia y que finalmente su objetivo sea disminuir el impacto sobre la salud mental durante las diferentes fases del COVID en el personal de salud (De la Rosa, 2020).

Finalmente, hay que considerar que un programa de intervención para mejorar la salud mental debe tener ciertas características que lo destacan. Entre ellas, conviene mencionar que la intervención se desarrolla en base al diagnóstico de los problemas de salud encontrados en la población. Otra característica es la presencia de un objetivo a través del tiempo y el hecho de estar concentrado en las necesidades del grupo que se va a intervenir. Otras características más importantes son la proactividad del programa, que debe tener carácter preventivo y debe ser dirigido a todos los involucrados en el grupo objetivo.

2.1.2.1 Evaluación de la Efectividad de Programas de intervención

La evaluación de la efectividad de los programas de intervención en salud mental ha tenido sesgos cualitativos basados más que todo en la percepción e intuición de los evaluadores. Sin embargo, es de utilidad saber que los criterios de evaluación tienen mucha variabilidad y tiene en cuenta los resultados o los efectos que produjo la intervención en la población; por lo tanto, estos efectos deben ser medibles para determinar el impacto que produjo la intervención a través de objetivos medibles, determinando la efectividad de la misma (Gómez, 2007). En el caso de salud pública, se debe utilizar instrumentos de medición de alteraciones de las emociones y evidenciar los cambios positivos en estas después de la intervención. Una de las definiciones de evaluación más consensuadas ha sido de la Spaniol en 1975, quien lo califica como procesos continuo y sistemático que da información sobre el efecto o el impacto de

determinado programa de intervención con la finalidad de proporcionar datos a los decisores de políticas públicas en salud.

Por otro lado, conviene resaltar la importancia de la evaluación de los programas de intervención en salud. Una de las primeras consideraciones es que sirve para conocer el cumplimiento de los objetivos y las metas del programa. Al evaluarlo, se permite que este se fortalezca con la crítica y mejore su desempeño. Además, identifica errores, obstáculos y da lugar al fortalecimiento de la organización, la propuesta de mejoras y la toma de decisiones para la mejora de la organización; retroalimentando a los responsables de la implementación del programa.

Los modelos teóricos de evaluación han sido propuestos por Tyler, Scriben, Stufflebeam y Stake; cada uno con diferentes concepciones. El primero está relacionado con la comparación de los objetivos y resultados; en el segundo valora los efectos y necesidades y el tercero tiende a evaluar el perfeccionamiento del programa. En el modelo de Stake se toman en cuenta más criterios de forma objetiva que tiene que ver con tres aspectos. El primero, establecer las condiciones existentes antes de la intervención; el segundo establecer las actividades realizadas durante la intervención y el tercero establece los efectos o los resultados de la aplicación de la intervención a corto y largo plazo (Álvarez, 2014). Siguiendo este modelo, la evaluación del impacto de la aplicación de un programa de intervención se hará medible a través de indicadores objetivos en los cuales se espera ver los resultados de la aplicación. En salud mental, los indicadores objetivos son la medición objetiva de manifestaciones de alteración de las emociones (depresión, ansiedad y estrés) a través de instrumentos debidamente validados cuyo resultado esperado debe ser la disminución o desaparición de la alteración emocional presentada en relación a una medición previa a la intervención.

2.2. Marco Filosófico

La presente investigación se realizará con un diseño prospectivo y longitudinal dentro del paradigma que guía la investigación cuantitativa. Se contextualiza el paradigma según Khun como el conjunto de suposiciones que mantienen interrelación para la interpretación del mundo. Entonces se toma de referencia el enfoque de investigación cuantitativo que se correlaciona y guía el paradigma positivista, el mismo que se define como empírico, analítico y racionalista tal cómo lo manifiesta Ricoy (2006 citado por Ramos, 2015), ya que se va a demostrar una hipótesis y se van a determinar las variables asignando valores numéricos.

La base del positivismo son las ciencias objetivas y las leyes de la investigación; se logra a través del conocimiento científico a partir de teorías del método científico sobre las cuales se analizan los fenómenos partiendo de hechos objetivos. Utilizar el enfoque positivista en esta investigación nos obliga a hacer un análisis corto.

Desde el punto de vista ontológico, en el positivismo la realidad es aprehensible por el ser humano y es regida por leyes naturales y racionales; y en este estudio los datos serán obtenidos de la realidad observada.

Desde el punto de vista epistemológico, en el enfoque positivista la relación entre el investigador y el objeto de la investigación es objetiva y dual además de ser independiente, destacando la teoría, la hipótesis, la observación y la experimentación; y en este estudio no se va a interferir en los fenómenos que se van a estudiar y las mediciones serán realizadas en forma independiente por el investigador.

Desde el punto de vista metodológico, el enfoque positivista acepta las respuestas a la pregunta de la investigación siempre y cuando estas respuestas sean medibles; y en este estudio las variables que se van a usar son medibles en todo sentido y se realizará la comprobación de la hipótesis con métodos estadísticos.

Conviene también esbozar un análisis desde el punto de vista ontológico acerca de la salud mental. Desde épocas inmemoriales los conceptos de salud y enfermedad están imbricados en el interés del ser humano. Inicialmente estuvieron asociados a creencias espirituales sobre la mente y el cuerpo, surgiendo progresivamente cambios en el devenir histórico desde los griegos, pasando por la edad media hasta la modernidad agregando nuevos conceptos, pero persistiendo algunos preceptos antiguos.

Surge la interpretación social relacionando la enfermedad con debilidad personal o acción de Dios dando lugar a gran cantidad de emociones que influyen sobre el soma y la mente sin dejar de tener en cuenta el papel que juega la cultura y la etnicidad. Uno de los problemas más difíciles en el pensamiento humano está en relación al alma y el cuerpo, los procesos físicos y la mente y su interacción y el papel que juegan los factores antes mencionados lo que ha sido discusión eterna de filósofos y pensadores.

Está reflexión filosófica acerca de la dualidad del ser humano, la interacción simultánea y perfecta entre lo material y lo espiritual ha sido y será eterna discusión en el campo de la ontología. Esta dicotomía ha sido constante discusión hasta la actualidad, en la que se conoce en la enfermedad aparte del dolor físico la parte emocional en la persona, la aflicción que causa la enfermedad surgiendo en el pos modernismo dos aspectos: el juicio subjetivo y la experiencia clínica en el proceso de formación para el diagnóstico de la enfermedad.

Surge la dificultad de una aproximación teórica a la enfermedad sin lograr un concepto general claro y adecuado de la misma. Una posición es que radica en la persona cómo ente y su realidad antropológica y cómo protagonista de su propia enfermedad con independencia de las propias alteraciones cómo enfermedad que se presenten.

En esta época llegamos por un lado al gran avance del conocimiento de la enfermedad, su desarrollo, su diagnóstico, tratamiento, etc. en términos objetivos científico-racionalistas y al

mismo tiempo asistimos a una persona con un entorno de sufrimiento, debilidad, desamparo y otras emociones que acompañan al proceso de enfermedad.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio desde el punto de vista metodológico tuvo un enfoque de investigación cuantitativo ya que se acerca a una realidad objetiva en la cual se describe, se explica, se comprueba y se predice los fenómenos (Ramos, 2015; Hernández, 2014); además fue aplicada pues los resultados sirvieron para la solución de problemas acerca de salud mental en trabajadores COVID (Salinas, s.f.). Por otro lado, la investigación se trató de un estudio de tipo analítico ya que se contrastó las relaciones entre las variables independiente y dependiente; longitudinal pues se estudió la variable en dos evaluaciones a través del tiempo (Lozano, 2021; Martínez, 2013; Canales, 1994); según la relación entre la ocurrencia de los hechos y la toma de datos fue de tipo retrospectivo pues se registró la información después de ocurrido el evento de interés (compromiso de salud mental) y según la intervención del investigador fue de tipo cuasi experimental pre y post test ya que se va a manipular la variable independiente (Programa de Intervención) con la finalidad de observar el resultado sobre la variable dependiente (Salud mental) al aplicar el programa de intervención (Hernandez, 2014).

3.1.1. Nivel de Investigación:

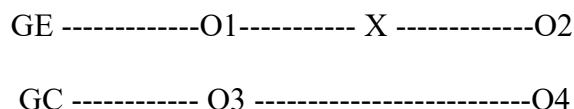
El nivel de la investigación o alcance para Hernández (2014), está relacionado con la estrategia de la investigación y los instrumentos y procedimientos que se utilicen en la misma y depende de los objetivos del investigador. Por lo tanto, esta investigación fue de nivel Relacional, pues se pretende establecer si existe relación entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés (variable dependiente) antes y después de aplicar un programa de intervención (variable independiente) en los trabajadores de emergencia aportando además cierto carácter explicativo a esta relación (Lozano, 2021; Hernández, 2014). Este último autor establece que una investigación para lograr los objetivos propuestos puede pasar por diferentes

niveles. Dentro de este mismo razonamiento, esta investigación alcanzó un nivel descriptivo al aplicar el pretest, paso por el nivel relacional para finalmente alcanzar un nivel Aplicativo (Lozano, 2021) pues trato de resolver un problema de salud (compromiso de la salud mental) interviniendo en el desarrollo de la misma originando un programa como producto de innovación científica.

3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación según Hernández (2014) tiene que ver con el planteamiento del problema (responder a las preguntas de la investigación), someter la hipótesis a prueba, así como con los recursos disponibles. En este caso, el diseño fue cuasi experimental pre test y post test con grupo control no aleatorizado de acuerdo a la tipología sobre los diseños experimentales de Campbell y Stanley (1966, citado por Hernández, 2014 ; Sánchez Carlessi, 2009), ya que no cumple con el requisito de control o validez de un estudio experimental puro a través de grupo control de asignación aleatoria (característica de un experimento puro) sino que se trata de grupos intactos; mientras que si cumple con los requisitos de manipulación de la variable independiente y medición de la variable dependiente (Canales, 1994; Sánchez Carlessi, 2009; Hernandez, 2014). De acuerdo a este diseño, este estudio buscó establecer a través de una medición si la intervención sobre la variable dependiente (Salud mental) por parte de la variable independiente (Programa de Intervención) produce algún cambio sobre la primera. Dentro de los diseños cuasi experimentales, se trató de un diseño pre test y post test con discontinuidad en la regresión (DDR) ya que los grupos pre test y post test se asignaron en base a un punto de corte en el instrumento utilizado en la investigación (Bono, 2012).

Este diseño se grafica de la siguiente manera (Hernandez,2014):



Donde:

GE: Grupo de Experimental

GC: Grupo Control no Aleatorizado

O1, O3: Observación Inicial (Pretest)

X: Intervención

O2, O4: Observación Final (Postest)

3.2. Población y Muestra

3.2.1 Población

La población la constituyeron 52 trabajadores de salud (Médico, Enfermero y Técnico de Enfermería) pertenecientes al Servicio de Emergencia de un hospital privado de Lima.

3.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 52 trabajadores de salud (Médico, Enfermero y Técnico de Enfermería) pertenecientes al Servicio de Emergencia de un hospital privado de Lima trabajando en la fecha de estudio.

Debido a las características de la población que fue pequeña y finita, no se utilizaron criterios muestrales por lo que se comprendió a la totalidad de la población como muestra de estudio. Por lo tanto, la selección de la muestra fue no probabilística intencional, de tipo censal y comprendió al 100% de la población.

El grupo control no aleatorizado estuvo constituido por 26 trabajadores (Médico, Enfermero y Técnico de Enfermería) de emergencia con valores negativos o mínimos para diagnóstico de compromiso de salud mental (estrés, ansiedad o depresión).

El grupo experimental estuvo constituido por 26 trabajadores (Médico, Enfermero y Técnico de Enfermería) de emergencia con valores positivos para diagnóstico de compromiso de salud mental (estrés, ansiedad o depresión).

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Afrontamiento	Cualitativa	Suma de esfuerzos de dos tipos cognitivos y conductuales que el individuo desarrolla con la finalidad de controlar o manejar aquellos eventos demandantes sean externos o internos que sobrepasan a los recursos con los cuales este puede hacerle frente (Lazarus y Folkman, 1984).	Regulación Cognitiva Regulación Emocional-Conductual	Confrontación Planificación Distanciamiento Autocontrol Aceptación Reevaluación positiva Búsqueda de Apoyo	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Impacto sobre salud mental	Cualitativa	Situación laboral del trabajador sanitario, comprometida en la situación de la pandemia actual a nivel mundial dan lugar a situaciones relacionadas a estrés relacionado en forma importante a la sobrecarga laboral haciéndolo vulnerable a daño psicológico (ansiedad y Depresión) y la	Nivel de Depresión Nivel de	ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Sin Depresión (0-4) Depresión Leve (5-6) Depresión Moderada (7-10) Depresión Severa (11-13) Depresión extremadamente severa (>14) Sin ansiedad

		posibilidad de presentar compromiso psiquiátrico (Ornell,2020).	ansiedad	ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	(0-3) Ansiedad Leve (4) Ansiedad Moderada (5-7) Ansiedad Severa (8-9) Ansiedad Extremadamente severa (>10)
			Nivel de Estrés	ítems 1, 6, 8, 11, 12,14, 18	Sin estrés (0-4) Estrés Leve (5-6) Estrés Moderado (7-10) Estrés Severo (11-13) Estrés extremadamente severo (>14)

VARIABLES INTERVINIENTES	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad	Años		
Género	Cualitativa	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Respuesta manifestada en cuestionario	Masculino: 0 Femenino: 1	Nominal
Grupo Ocupacional	Cualitativa	Empleo u ocupación que se ejerce a cambio de una retribución y que requiere una formación académica.	Respuesta manifestada en cuestionario	Médico: 0 Enfermero: 1 Técnico Enfermería: 2	Nominal
Antigüedad Laboral	Cualitativa	Tiempo que una persona ha permanecido laborando para una entidad	Respuesta manifestada en cuestionario	Menos 1 año :0 De 1 a 3 años : 1 Más de 3 años : 2	Ordinal

		pública o privada			
Carga horaria mensual	Cualitativa	Tiempo en el que la persona se pone a disposición de su empleador de diferentes maneras sin poder usar ese tiempo para su propio beneficio.	Respuesta manifestada en cuestionario	150 hrs : 0 150 - 180 hrs : 1 Más de 180 hrs : 2	Ordinal
Contagio COVID	Cualitativa	Proceso de transmisión del Virus SARS-COV 2 de persona a persona	Respuesta manifestada en cuestionario	Si : 0 No : 1	Nominal

3.4. Instrumentos

3.4.1. Afrontamiento. Programa de Intervención

Sesión 1: Auto diagnóstico- Pre-Test

Sesión 1.1.: Técnicas cognitivas para el afrontamiento. Modificación de Pensamientos. Análisis de Peligros Reales. Modificación de pensamientos intrusivos.

Sesión 2: Técnica de resolución de problemas. Organización del Tiempo

Sesión 2.1.: Respiración Consciente abdominal. Respiración Consciente simple. - Autorregulación Emocional con los elementos de la naturaleza

Sesión 3: Conocimiento de fortalezas

Sesión 3.1.: Regulación de emociones positivas y negativas

Sesión 4: Recomendaciones: Briefing - Defusing. Autorreconocimiento: Post Test

3.4.2. Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

El instrumento DASS-21, versión corta de la escala originalmente concebida por Lovibond en 1995, tiene tres dimensiones que comprende Depresión a través de los ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21, Ansiedad a través de los ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 y Estrés a través de los ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18. Cada ítem está conformado por una escala de Likert con valores de 0 a 3, cuya interpretación es : 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o

durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Con la finalidad de evaluar cada dimensión por separado se suman los puntajes de cada uno de los ítems de cada dimensión por separado además de poder obtener un valor indicativo general del nivel de los síntomas emocionales presentados sumando los valores de cada una de las dimensiones interpretándose que, a mayor puntaje general, mayor sintomatología. Los baremos para determinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés fueron establecidos por Román (2016). Para Depresión propuso un punto de corte de 6 (>5), con una sensibilidad de 88,46 y una especificidad de 86,77; para Ansiedad propuso un punto de corte de 5 (>4), con una sensibilidad de 87,50 y una especificidad de 83,38. y para Estrés propuso un punto de corte de 6 (>5), con una sensibilidad de 81,48 y una especificidad de 71,36; valores que se adaptan mejor a nuestra realidad poblacional. De acuerdo a lo expuesto, los valores quedaron de la siguiente manera:

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

5-6 Estrés leve

7-10 Estrés moderado

11-13 Estrés severo

14 o más Estrés extremadamente severo.

3.4.1. Validez y confiabilidad

Este instrumento ya descrito anteriormente, fue analizado en cuanto a su validación y en su confiabilidad por Román (2014). La consistencia interna con alfa de Cronbach obtuvo coeficientes alfa para depresión, ansiedad y estrés de 0,85; 0,72 y 0,79 respectivamente. Asimismo, midieron la validez convergente y divergente del instrumento utilizando correlación de Pearson con el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de Beck encontrando correlaciones estadísticamente significativas. Con la escala de depresión del DASS-21 fueron 0,71 y 0,54; $p < 0,001$ respectivamente; con la escala de ansiedad del DASS-21 fueron 0,76 y 0,50; $p < 0,001$ respectivamente y con la escala de estrés del DASS-21 fueron 0,64 y 0,57; $p < 0,001$ respectivamente. De la misma manera, Antúnez (2017) realizó la validación y confiabilidad del instrumento en población chilena obteniendo valores muy similares de coeficiente Alfa de Cronbach y de correlación de Pearson, concluyendo que se trata de un instrumento confiable, con adecuada validez de constructo convergente y discriminante, así como que posee una muy sólida consistencia interna (Anexo C).

3.5. Procedimiento

- Se determinó el número de trabajadores por turno del Servicio de Emergencia.
- Se realizaron actividades de socialización y sensibilización del estudio de investigación entre los trabajadores de los diferentes turnos del Servicio de Emergencia y se recogieron los datos de contacto de cada uno de ellos.
- A través del medio de contacto, así como de forma presencial directa, se invitó a participar en el estudio enviando la invitación y el cuestionario a través del correo electrónico

de cada uno de los trabajadores de Emergencia. En otros casos, se invitó a resolver el cuestionario directamente.

- Con los resultados obtenidos se determinó el diagnóstico de los problemas de salud mental (Depresión ansiedad y estrés) en los trabajadores de emergencia (Pre Test). Se realizó luego la distribución de grupos en forma no aleatorizada en función de los valores obtenidos en el test DASS-21 tomando como punto de corte 10 puntos siendo asignados 26 integrantes al grupo de intervención. Para asegurar la similaridad de los dos grupos se comparó los valores del pretest realizando análisis de equivalencia de grupos en cuanto a los valores totales del test [$t : -8,33$ IC 95% (13,38 - 8,32) $p < 0,05$] y en cuanto a la edad [$t : 1,239$ IC 95% (1,800- 1,385), $p 0,221$].

- Se invitó a los trabajadores del grupo intervención a participar en la aplicación del Programa de Intervención en 4 sesiones. Para el grupo de intervención los participantes recibieron un programa elaborado bajo el modelo cognitivo conductual basado en el afrontamiento de emociones negativas. Se realizó en cuatro sesiones presenciales y virtuales a través de la plataforma zoom. Cada sesión semanal tuvo una duración aproximada de 20 a 30 minutos y contó además con ayuda escrita y capacitación para el uso de una app denominada Hope Box (Bush, 2015) cuyo uso y avance fue monitorizado en forma permanente y presencial. Se utilizaron diversos componentes y técnicas como modificación de pensamientos, relajación, briefing, regulación de emociones positivas y negativas. Los módulos tuvieron la finalidad práctica de brindar a los trabajadores de la salud herramientas para afrontar el compromiso de salud mental (ansiedad, estrés y depresión) a través del conocimiento y uso de técnicas basadas en los principios de regulación cognitiva (confrontación y planificación) y conductual-emocional (distanciamiento, autocontrol, aceptación, escape, reevaluación positiva y búsqueda de Apoyo).

- Una semana después del término del Programa de Intervención se evaluó a los trabajadores de ambos grupos con el mismo instrumento (Post Test), ya que este mide las condiciones en la última semana.
- Se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos para comprobar la eficacia del Programa de Intervención aplicado.

3.6. Análisis de datos

Con los datos que fueron obtenidos durante el estudio, se creó una base en el programa Excel, y se organizaron las variables en los tres grupos establecidos: dependiente (Impacto sobre la salud mental: Depresión, ansiedad y estrés), independiente (Afrontamiento : Programa de Intervención) e intervinientes (edad, género, antigüedad laboral, carga horaria e infección por COVID) reordenando, agrupando y reasignando los datos de la mejor forma en relación con los objetivos de la investigación. Luego, la base de datos fue revisada, verificada y posteriormente se procedió al descarte de los datos incompletos o inválidos con la finalidad de evitar errores durante el proceso de análisis de la información. Contando con el apoyo de un asesor estadístico se realizó la construcción de la base de datos electrónica en el programa SPSS y se procedió a verificar la consistencia de los datos y a realizar el análisis estadístico de las variables. El análisis comprendió estadística descriptiva a través del análisis univariado utilizando medidas de centralización y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas para luego proceder a realizar gráficos de doble entrada. Para el análisis bivariado se evaluó la diferencia entre las medias en el valor total del Test así como los valores de depresión, ansiedad y estrés por separado en el mismo grupo (grupos relacionados) antes y después de la aplicación del programa de intervención. Se comparó el promedio de la variable cuantitativa entre ambas categorías usando la prueba t de student si la

variable cuantitativa tenía una distribución normal y varianzas homogéneas o U -Mann Whitney si la distribución no tenía una distribución normal. La distribución normal fue evaluada usando la prueba de Kolmogorov Smirnov o Shapiro Wilk. Por otro lado, para determinar la asociación entre dos variables categóricas (cualitativa), se utilizó chi cuadrado (o test de Fisher- cuando uno de los valores esperados de la tabla de 2x2 es menor o igual de 5) comparando proporciones para complementar con el cálculo de los OR e intervalos de confianza al 95%. Se consideró que dos variables están asociadas estadísticamente si el p resultante de la prueba estadística es menor de 0.05.

Con los resultados de las pruebas correspondientes para la validación de estos datos, se elaboraron las tablas y gráficos para finalmente realizar el análisis y la discusión, sustentándose en las bases teóricas y antecedentes obtenidos para este proyecto.

3.7. Consideraciones éticas

Para la realización de la presente investigación, al tratarse de un estudio de diseño cuasi experimental con intervención pre y post test se hizo necesario cumplir con el requisito de aplicar el documento de Consentimiento Informado a los Profesionales de Salud que libremente aceptaron participar de la investigación. De la misma manera, el cuestionario para determinar el compromiso en salud mental y la aplicación del Programa de Intervención fueron administrados al participante sin brindar su nombre, de tal forma que la identidad del Profesional participante no se vio vulnerada. El manejo estadístico de los datos recolectados se hizo manteniendo la mayor discreción posible. Dentro del espectro de la ética en investigación, se cumplieron con los siguientes principios:

Principio de Autonomía

Los potenciales participantes en la investigación recibieron información acerca de los objetivos de la investigación en forma escrita previo a la firma del consentimiento informado.

En este punto, se dejó en total libertad a los participantes para tomar la decisión de ser parte de la investigación en forma absolutamente voluntaria. Se asumió a los profesionales de la salud como personas conscientes y libres con la capacidad de tomar una decisión con moral y responsabilidad.

Principio de Beneficencia

Esta investigación procura el bienestar de los participantes y finalmente de lograr la mejora emocional de los profesionales de la salud planteando soluciones para un problema de salud pública.

Principio de No Maleficencia

Esta investigación no contó con procedimientos o intervenciones inútiles o temerarias o que estén fuera de los objetivos planteados que pudieran causar daño a los profesionales de salud participantes en la misma; por lo tanto, no afectó la integridad física o moral de estos. De la misma manera, no existió otro propósito fuera de los planteados en esta investigación.

Principio de Justicia

En esta investigación todos los participantes que cumplieron los criterios de inclusión fueron invitados a participar de la misma, logrando una distribución equitativa tanto en las cargas como en los beneficios producto de la misma evitando la discriminación fomentando la equidad entre los participantes.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1

Compromiso de Salud Mental de la Población de Estudio: Diagnóstico Situacional

	Categoría	n	%
	Sin	49	94,2%
Depresión	Leve	3	5,8%
	Moderada	0	0
	Severa	0	0
	Extremadamente Severa	0	0
	Total	52	100%
Estrés	Sin	43	82,7%
	Leve	7	13,5%
	Moderada	1	1,9%
	Severa	1	1,9%
	Extremadamente Severa	0	0%
	Total	52	100%
Ansiedad	Sin	31	59,6%
	Leve	10	19,2%
	Moderada	6	11,5%
	Severa	2	3,8%
	Extremadamente Severa	3	5,8%
	Total	52	100%

Depresión: < 5 sin depresión; 5-6 depresión leve; 7-10 depresión moderada; 11-13 depresión severa; 14 o más depresión extremadamente severa.

Ansiedad: <4 sin ansiedad; 4 ansiedad leve ; 5-7 ansiedad moderada ; 8-9 ansiedad severa ;10 o más ansiedad extremadamente severa.

Estrés:< 5 sin depresión; 5-6 Estrés leve;7-10 Estrés moderado;11-13 Estrés severo ;14 o más Estrés extremadamente severo.

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio (52) se observa que el 5,8% tenía depresión leve; el 13,5% tenían estrés leve, el 1,9% tenían estrés moderado y el 1,9% tenían estrés severo; mientras que el 19,2% tenían ansiedad leve, el 11,5% tenían ansiedad moderada, el 5,8% tenían ansiedad extremadamente severa y el 3,8% tenían ansiedad severa. Además, el 40,4% tenía algún grado de ansiedad, el 17,3% tenía algún grado de estrés y el 5,8% tenía algún grado de depresión.

Tabla 2

Características Sociodemográficas de los grupos intervención y no intervención: Distribución por edad.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%	n	%
Edad	intervencion		no intervencion	
20 - 30 años	6	23,1%	5	19,2%
31- 40 años	15	57,7%	15	57,7%
41-50 años	4	15,4%	6	23,1%
51-60 años	1	3,8%	0	0%
Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo experimental predomina el grupo de edad de 31 a 40 años con una frecuencia de 57,7%, seguido por el grupo de 20 a 30 años con una frecuencia de 23,1%, el grupo de 41 a 50 años con una frecuencia de 15,4% y finalmente el grupo de 51 a 60 años con una frecuencia de 3,8%; mientras que en el grupo control predomina también el grupo de edad de 31 a 40 años con una frecuencia de 57,7%, seguido por el grupo de 41 a 50 años con una frecuencia de 23,1%, el grupo de 20 a 30 años con una frecuencia de 19,2% y finalmente el grupo de 51 a 60 años con una frecuencia de 0%.

Tabla 3

Características Sociodemográficas de los grupos intervención y no intervención: Distribución por género.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%	n	%
Género	intervencion		no intervencion	
Femenino	19	73,1%	17	65,4%
Masculino	7	26,9%	9	34,6%
Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo experimental predomina el género femenino con una frecuencia de 73,1% y el género masculino muestra una frecuencia de 26,9%;

mientras que en el grupo control predomina también el género femenino con una frecuencia de 65,4% y el género masculino muestra una frecuencia de 34,6%.

Tabla 4

Características Sociodemográficas de los grupos intervención y no intervención: Distribución por grupo ocupacional.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%	n	%
Grupo Ocupacional	intervencion		no intervencion	
Enfermero	10	38,5%	13	50,0%
Técnico Enfermería	11	42,3%	8	30,8%
Médico	5	19,2%	5	19,2%
Total	26	100%	26	100,0%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo control predominó el grupo ocupacional de Técnicos en Enfermería con una frecuencia de 42,3% seguido de Licenciados de Enfermería con una frecuencia de 38,5% y médicos con una frecuencia de 19,2%; mientras que en el grupo control predominó el grupo ocupacional de Licenciados en Enfermería con una frecuencia de 50,0% seguido de Técnicos de Enfermería con una frecuencia de 30,8% y médicos con una frecuencia de 19,2%;

Tabla 5

Características Sociodemográficas de los grupos intervención y no intervención: Distribución por antigüedad laboral

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%	n	%
Antigüedad Laboral	intervencion		no intervencion	
Menos 1 año	3	11,6%	3	11,6%
1 a 3 años	7	26,9%	3	11,6%
Más 3 años	16	61,5%	20	76,8%
Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo experimental predominaron aquellos con antigüedad laboral de más de 3 años con una frecuencia de 61,5% seguido de 1 a 3 años con una frecuencia de 26,9% y de menos de 1 año con una frecuencia de 11,6%; mientras que en el grupo control predominan también aquellos con antigüedad laboral de más de 3 años con una frecuencia de 76,8% seguido de 1 a 3 años y de menos de 1 año ambos con una frecuencia de 11,6% .

Tabla 6

Características Sociodemográficas de los grupos intervención y no intervención: Distribución por carga horaria mensual.

CARGA HORARIA MENSUAL	n	%	n	%
	intervencion		no intervencion	
150 horas	0	0%	2	7,7%
150-180 horas	10	38,5%	3	11,5%
Más de 180 horas	16	61,5%	21	80,8%
Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo experimental predominan aquellos con carga horaria mensual de más de 180 horas con una frecuencia de 61,5% seguido de 150 a 180 horas con una frecuencia de 38,5% y 150 horas con una frecuencia de 0%; mientras que en el grupo control predomina también la carga horaria mensual de más de 180 horas con una frecuencia de 80,8% seguido de 150 a 180 horas con una frecuencia de 11,5% y 150 horas con una frecuencia de 7,7%

Tabla 7

Características Sociodemográficas de grupos intervención y no intervención: Distribución por contagio de COVID.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%	n	%
	Contagio COVID		intervencion	no intervencion
Si	23	88,4%	16	61,5%
No	3	11,6%	10	38,5%
Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo experimental predominan aquellos que se contagiaron de COVID con una frecuencia de 88,4% y el grupo que no se contagió muestra una frecuencia de 11,6%; mientras que en el grupo control predomina también el grupo que se contagió de COVID con una frecuencia de 61,5% y el grupo que no se contagió muestra una frecuencia de 38,5%.

Tabla 8

Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Ansiedad.

Grupo	Categoría	Pre Test		Post Test	
		n	%	n	%
No intervencion	Sin	23	88,5%	26	100,0%
	Leve	3	11,5%	0	0
	Moderada	0	0	0	0
	Severa	0	0	0	0
	Extremadamente Severa	0	0	0	0
	Total	26	100%	26	100%
Intervencion	Sin	1	3,8%	20	76,9%
	Leve	14	53,8%	6	23,1%
	Moderada	6	23,2%	0	0
	Severa	2	7,7%	0	0
	Extremadamente Severa	3	11,5%	0	0
	Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo control antes de la intervención predomina el grupo sin ansiedad con una frecuencia de 88,5%, seguido por el grupo de ansiedad leve con una frecuencia de 11,5% sin evidencia de ansiedad moderada, severa o

extremadamente severa; posterior a la intervención, predomina el grupo sin ansiedad con una frecuencia del 100% sin evidencia de ansiedad leve, moderada, severa o extremadamente severa. . Por otro lado, en el grupo experimental antes de la intervención predomina el grupo con ansiedad leve con una frecuencia de 53,8%, seguido por el grupo con ansiedad moderada con una frecuencia de 23,1%, ansiedad extremadamente severa con una frecuencia de 11,5%, ansiedad severa con una frecuencia de 7,7% y el grupo sin ansiedad con una frecuencia de 3,8%; posterior a la intervención predomina el grupo sin ansiedad con una frecuencia de 76,9% seguido por el grupo de ansiedad leve con una frecuencia de 23,1% sin evidencia de ansiedad moderada, severa o extremadamente severa.

Tabla 9

Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Depresión.

Grupo	Categoría	Pre Test		Post Test	
		n	%	n	%
No intervención	Sin	26	100,0%	26	100,0%
	Leve	0	0	0	0
	Moderada	0	0	0	0
	Severa	0	0	0	0
	Extremadamente Severa	0	0	0	0
	Total	26	100%	26	100%
Intervencion	Sin	23	88,5%	26	100%
	Leve	3	11,5%	0	0
	Moderada	0	0	0	0
	Severa	0	0	0	0
	Extremadamente Severa	0	0	0	0
	Total	26	100%	0	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo control antes de la intervención predomina el grupo sin depresión con una frecuencia de 100,0%, sin evidencia de depresión leve, moderada, severa o extremadamente severa; posterior a la intervención, predomina el

grupo sin depresión con una frecuencia del 100,0% sin evidencia de depresión leve, moderada, severa o extremadamente severa. Por otro lado, en el grupo experimental antes de la intervención predomina el grupo sin depresión con una frecuencia de 88,5%, seguido por el grupo con depresión leve con una frecuencia de 11,5%, sin evidencia de depresión leve, moderada, severa o extremadamente severa; posterior a la intervención predomina el grupo sin depresión con una frecuencia de 100,0% sin evidencia de depresión leve, moderada, severa o extremadamente severa.

Tabla 10

Efecto del Programa de intervención sobre el Nivel de Estrés.

Grupo	Categoría	Pre Test		Post Test	
		n	%	n	%
No intervención	Sin	26	100%	26	100,0%
	Leve	0	0	0	0
	Moderado	0	0	0	0
	Severo	0	0	0	0
	Extremadamente Severo	0	0	0	0
	Total	26	100%	26	100%
Intervencion	Sin	17	65,4%	26	100%
	Leve	7	26,9%	0	0
	Moderado	1	3,8%	0	0
	Severo	1	3,8%	0	0
	Extremadamente Severo	0	0	0	0
	Total	26	100%	26	100%

En el grupo de trabajadores de la salud participantes en el estudio distribuidos según grupos experimental y control, se observa que en el grupo control antes de la intervención predomina el grupo sin estrés con una frecuencia de 100,0%, sin evidencia de estrés leve, moderado, severo o extremadamente severo; posterior a la intervención, predomina el grupo sin estrés con una frecuencia del 100,0% sin evidencia de estrés leve, moderado, severo o extremadamente severo. Por otro lado, en el grupo experimental antes de la intervención

predomina el grupo sin estrés con una frecuencia de 65,4%, seguido por el grupo con estrés leve con una frecuencia de 26,9%, y estrés moderado y severo con una frecuencia de 3,8% cada uno; posterior a la intervención predomina el grupo sin estrés con una frecuencia de 100,0% sin evidencia de estrés leve, moderado, severo o extremadamente severo.

4.2. Contrastación de Hipótesis

Hipótesis General.

H1: La aplicación del programa de intervención para afrontar el impacto por COVID19 tiene una efectividad significativa en la salud mental (Ansiedad, depresión y estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

H0: La aplicación del programa de intervención para afrontar el impacto por COVID19 no tiene una efectividad significativa en la salud mental (Ansiedad, depresión y estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Tabla 11

Prueba T Student para compromiso de salud mental. Comparación Pre test y Post Test

Estadístico	No intervencion(1)	Intervencion(2)	t Student
Pre Test			
Media	4,73	15,54	t = 4,675(1)
			z = 95%
			p = 0,00
Post Test			
Media	2,43	6,12	t = 8,460(2)
			z=95%
			p =0,00

Se aprecia que la comparación de medias del valor total de la prueba DASS 21 entre los grupos experimental y control en el Pre Test y Post test da un valor de $t = 4,675$ con una significancia de 95% y $p = 0,00$ para el grupo control y un valor de $t = 8,460$ con una significancia de 95% y $p = 0,00$ para el grupo experimental; rechazando la hipótesis nula en ambas situaciones. Por lo tanto, la diferencia de medias de los valores es estadísticamente significativa, demostrando la efectividad del instrumento.

Hipótesis específica 1.

H1: La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

H0: La aplicación del programa de intervención no disminuye el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Tabla 12*Prueba T Student para nivel de ansiedad. Comparación Pre test y Post Test*

Estadístico	No Intervencion(1)	Intervencion(2)	t Student
Pre Test			
Media	1,19	6,81	t = 3,493(1)
			z = 95% p = 0,02
Post Test			
Media	0,5	3,08	t = 6,640(2) z = 95% p = 0,00

Se aprecia que la comparación de medias del valor para el nivel de ansiedad de la prueba DASS 21 entre los grupos experimental y control en el Pre Test y Post test da un valor de $t = 3,493$ con una significancia de 95% y $p = 0,002$ para el grupo control y un valor de $t = 6,640$ con una significancia de 95% y $p = 0,00$ para el grupo experimental; rechazando la hipótesis nula en ambas situaciones. Por lo tanto, la diferencia de medias de los valores es estadísticamente significativa, demostrando la efectividad del instrumento.

Hipótesis específica 2.

H1: La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Ho : La aplicación del programa de intervención no disminuye el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Tabla 13

Prueba T Student para nivel de depresión. Comparación Pre test y Post Test

Estadístico	No Intervencion(1)	Intervencion (2)	t Student
Pre Test			
Media	0,88	2,50	t = 1,070(1)
			z = 95% p = 0,295
Post Test			
Media	0,62	1,50	t = 1,812(2) z = 95% p = 0,082

Se aprecia que la comparación de medias del valor para el nivel de depresión de la prueba DASS 21 entre los grupos experimental y control en el Pre Test y Post test da un valor de $t = 1,070$ con una significancia de 95% y $p = 0,295$ para el grupo control y un valor de $t = 1,812$ con una significancia de 95% y $p = 0,082$ para el grupo experimental; aceptando la hipótesis nula en ambas situaciones. Por lo tanto, la diferencia de medias de los valores no es estadísticamente significativa, no logrando demostrar la efectividad del instrumento en la mejora del nivel de depresión.

Hipótesis específica 3.

H1 : La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Ho : La aplicación del programa de intervención no disminuye el nivel de estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado Lima - 2022

Tabla 14*Prueba T Student para nivel de estrés. Comparación Pre test y Post Test*

Estadístico	No Intervencion(1)	Intervencion(2)	t Student
Pre Test			
Media	2,58	5,31	t = 3,847(1)
			z = 95%
			p = 0,001
Post Test			
Media	1,46	1,69	t =6,649(2)
			z=95%
			p =0,00

Se aprecia que la comparación de medias del valor para el nivel de estrés de la prueba DASS 21 entre los grupos experimental y control en el Pre Test y Post test da un valor de $t = 3,847$ con una significancia de 95% y $p = 0,001$ para el grupo control y un valor de $t = 6,649$ con una significancia de 95% y $p = 0,00$ para el grupo experimental; rechazando la hipótesis nula en ambas situaciones. Por lo tanto, la diferencia de medias de los valores es estadísticamente significativa, demostrando la efectividad del instrumento.

Figura 1*Cuadro Resumen de contrastación de hipótesis. Grupo de Intervención**Diferencias entre pre test y post test grupo de intervención**

Evento	Mediciones	prom	st dv	Dif	st dv	t	gl	sig
Total	pre test	15,54	5,750	9,423	5,679	8,460	26	0,000
	posttest	6,12	2,658					
Ansiedad	pre test	6,81	2,154	3,731	2,219	8,572	26	0,000
	posttest	3,08	1,262	-	-	-	-	-
Estrés	pre test	5,31	2,782	3,615	2,772	6,649	26	0,000
	posttest	1,69	1,192					
Depresión	pre test	2,50	2,267	1,00	2,814	1,812	26	0,082
	posttest	1,50	1,208					

**Utilizando prueba de significancia t de Student para muestras dependientes.*

En la figura se observa el resumen de la contrastación de hipótesis en el grupo de intervención.

Figura 2*Cuadro Resumen de contrastación de hipótesis. Grupo de no intervención**Diferencias entre pre test y post test grupo de no intervención**

Evento	Mediciones	prom	st dv	Dif	st dv	t	gl	sig
Total	pre test	4,73	3,106	2,269	2,475	4,675	26	0,000
	posttest	2,43	1,881					
Ansiedad	pre test	1,19	1,059	0,692	1,011	3,493	26	0,000
	posttest	0,50	0,707					
Estrés	pre test	2,58	1,880	1,115	1,479	3,847	26	0,001
	posttest	1,46	1,029	-	-	-	-	-
Depresión	pre test	0,88	1,033	0,269	1,282	1,070	26	0,295
	posttest	0,52	0,852					

**Utilizando prueba de significancia t de Student para muestras independientes.*

En la figura se observa el resumen de la contrastación de hipótesis en el grupo de no intervención.

Finalmente, con la finalidad de probar la efectividad de la aplicación de la intervención en el grupo de tratamiento y de acuerdo al diseño cuasi experimental pre test y post test con grupo control no aleatorizado de tipo discontinuidad en la regresión (DDR), en el cual la discontinuidad en la recta en el punto de corte (10 puntos) refleja el efecto de la intervención; se realizó el análisis de regresión múltiple con rectas de regresión paralelas entre los resultados antes de la intervención y después de la misma con discontinuidad en 10 puntos en el instrumento utilizado.

Figura 3

Análisis de regresión múltiple con rectas de regresión paralelas

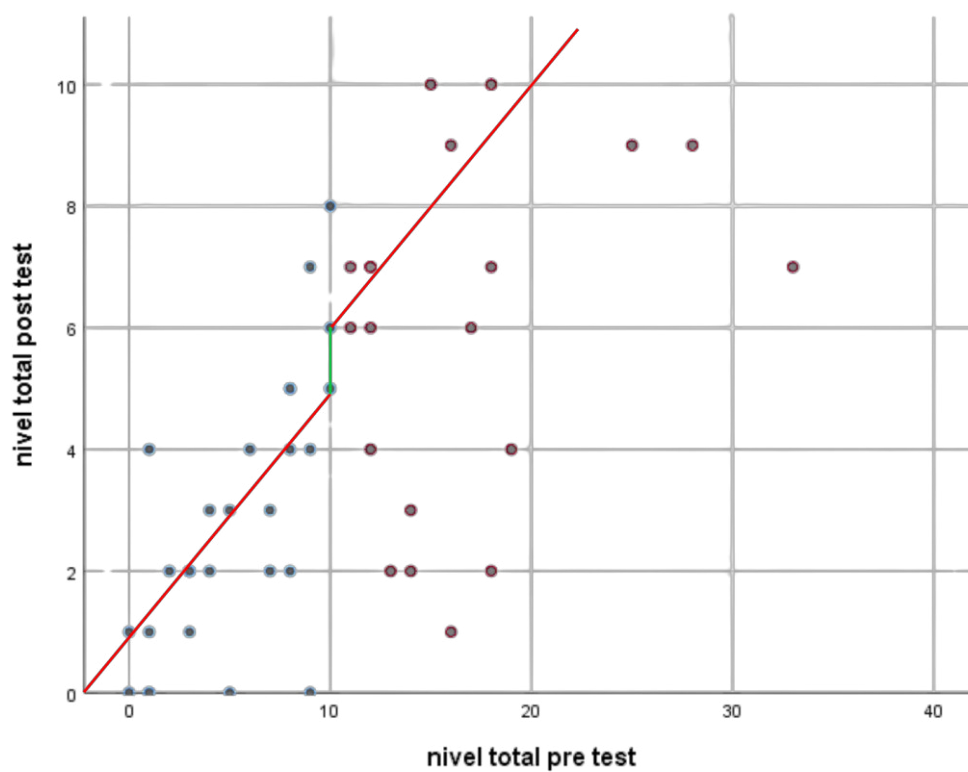
Coeficientes ^a					
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
		B	Desv. Error	Beta	t
1	(Constante)	3,073	1,012		3,037
	nivel total post test	,805	,233	,331	3,457
	discontinuidad	8,534	1,369	,598	6,236

a. Variable dependiente: nivel total pre test

En la figura se observa el resultado de los coeficientes una vez corrida la regresión. El coeficiente B del punto de discontinuidad es 8,534 estadísticamente significativo, mostrando la variabilidad positiva de la variable independiente en función de la independiente con lo que se demuestra la efectividad del programa de intervención.

Figura 4

Curva de regresión múltiple de grupos de intervención y no intervención



En la figura se observa las curvas de regresión de los grupos no intervención e intervención con punto de corte en 10 puntos. La discontinuidad de la curva en el punto de corte y el desplazamiento de esta en el grupo de intervención demuestra la efectividad de la intervención (Bono,2012).

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio, se buscó determinar la efectividad de un Programa de Intervención Virtual para mejorar la salud mental (Ansiedad, depresión y estrés) afectada por COVID 19 en trabajadores de emergencia de un hospital privado de Lima. Para determinar la necesidad del programa de intervención en el grupo estudiado se realizó un diagnóstico situacional de la salud mental de los trabajadores de emergencia, predominando la ansiedad. De la misma manera, en los estudios de Chávez (2021), Condori (2020), Wozniak (2021), Caillet (2020) y Obando (2020) realizados en trabajadores de UCI y emergencia dieron lugar a niveles de ansiedad bastante similares a los encontrados en este estudio; mientras que en otros estudios como los de Chacón (2020), Urzua (2020), Azoulay (2020) y Lovon (2021) mostraron niveles mucho más altos. En todos los estudios los síntomas de ansiedad como manifestación de compromiso de salud mental están en primer lugar. Solo en el estudio de Condori (2020) se encuentra la depresión como primer problema de salud mental. En este caso, la población estuvo conformada solo por médicos que habían tenido atención directa a pacientes COVID, lo que podría haber creado algunos sesgos, entre ellos el género, la edad y la presencia de compañeros infectados; situación con cierta diferencia en este estudio y en los mencionados en los cuales la primera causa de compromiso de salud mental fue ansiedad, seguida de estrés y depresión.

Dentro de la caracterización de los grupos de casos y controles, se mostró que la población participante fue predominantemente de sexo femenino y personal tanto técnico como profesional de enfermería dentro de un grupo de edad adulto joven; lo que permite de cierta manera interpretar los resultados de la afectación en la salud mental en relación a la labor directa que se realiza con los pacientes que acuden a emergencia. Monterrosa (2020), Magnavita (2020) Vasquez (2021), Urzua (2020) y Chavez (2021) entre otros figuran como los

diversos estudios que han utilizado una población compuesta de trabajadores de la salud; de estos Vásquez (2021) es uno de los pocos que trabaja con todos los tipos de profesionales que conforman el equipo de salud al igual que este estudio, en el cual, a pesar de considerar a todos los profesionales, se contó con mayor participación del personal profesional de enfermería.

En el análisis del tipo de compromiso de salud mental de los grupos de casos y controles, el compromiso de la ansiedad fue patente en todos los niveles en los casos, y en dos niveles en los controles. Por su parte Vásquez (2021) en el Perú y Monterrosa (2020), además de Urzua (2020) muestran el compromiso de ansiedad como más frecuente y en porcentajes bastante altos en comparación a los hallazgos de este estudio, especialmente en relación al grupo de casos. Sin embargo, Condori (2020) en el Perú y en una población de solo Médicos encuentra niveles de ansiedad bajos en comparación a los hallados, lo cual podría reflejar el tipo de población estudiada, ya que el personal de enfermería se encuentra siempre en más contacto directo con el paciente al brindar los cuidados respectivos. Es de destacar el estudio de Greenberg (2021) en trabajadores UCI de encontrar niveles bastante bajos de ansiedad. En este caso, a pesar de ser una población bastante parecida, se utilizan varios instrumentos validados, no solamente uno como en el caso de nuestro estudio, lo que podría haber creado un sesgo en la interpretación. Por su parte, Linares (2021) que trabajó con población de personal de enfermería, analiza según niveles el compromiso de ansiedad en su grupo de estudio, comprometiéndose casi todos los niveles de severidad de ansiedad en forma bastante similar al grupo de casos en este estudio. Este estudio demuestra también la reversión del compromiso de salud mental posterior a la intervención, resultados bastante similares a los encontrados en este estudio.

En el análisis del compromiso de estrés en los grupos de casos y controles, se mostró compromiso en todos los participantes en el grupo de casos en todos los niveles excepto el

extremadamente severo y sin compromiso en los controles, resultados con niveles mucho más altos en relación a los de Chávez (2021) en médicos y enfermeras, Urzua (2020) en trabajadores de la salud, a nivel nacional en el estudio de Lovon (2021); mientras que Linares (2021) que trabajo con población de personal de enfermería y al analizar según niveles, también el compromiso de estrés comprende casi todos los niveles de severidad del mismo. Este mismo estudio tiene la particularidad de demostrar también la reversión del compromiso de salud mental posterior a la intervención, resultados bastante similares a los encontrados en este estudio.

Finalmente, en el análisis del compromiso de depresión en los grupos de casos y controles, se comprobó compromiso en nivel leve en los casos y sin compromiso en los controles, resultando ser la patología menos afectada en niveles bastante bajos. En la mayoría de estudios revisados el patrón se repite en poblaciones similares como en Dosil (2020), Caillet (2020), Azoulay (2020), Greenberg (2021) y Chávez (2021) este último en el Perú. Sin embargo, es también de notar que hay estudios a nivel internacional tales como los de Obando (2020) y Wozniak (2020) así como a nivel nacional como los de Lovon (2021), Condori (2020) y Vasquez (2021) en los cuales el compromiso de depresión tiene una frecuencia bastante alta; obteniéndose también niveles altos de las otras dos patologías. Estas diferencias podrían explicarse en el caso de Obando y Lovon quienes utilizaron el mismo instrumento que este estudio sin encontrar niveles de depresión tan altos como en el de Vasquez (2021) quien usó tres instrumentos diferentes de medición en lugar de uno solo, lo que podría plantear la posibilidad de sesgo en la toma de datos.

VI. CONCLUSIONES

- El personal de salud del Servicio de Emergencia del hospital privado participante en este estudio fue predominantemente de sexo femenino, con edades entre los 31 a 40 años, Licenciados y técnicos en Enfermería, trabajan más de 180 horas al mes, tienen una antigüedad laboral de más de 3 años y han sufrido COVID con anterioridad.
 - El impacto en la salud mental producto del COVID 19 que presenta el personal de salud del servicio de emergencia del hospital privado participante en este estudio fue predominantemente ansiedad, seguido por estrés y niveles muy bajos de depresión.
 - El personal de salud del servicio de emergencia del hospital privado participante en este estudio se vio beneficiado con el desarrollo del Programa de Intervención Virtual para el afrontamiento de problemas de salud mental desarrollado en la investigación
- La aplicación del Programa de Intervención Virtual mostró disminución de los niveles tanto de ansiedad, estrés y depresión en el personal de salud del servicio de emergencia del hospital privado participante en este estudio.
- La comparación de los niveles de ansiedad y estrés, pero no de depresión antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Virtual en los trabajadores de salud del servicio de emergencia del hospital privado participantes en el estudio mostró diferencias estadísticamente significativas, lo que demuestra la eficacia del programa.

VII. RECOMENDACIONES

- Promover la participación de todo el personal de salud que pertenecen al servicio de emergencia para poder generalizar los resultados de las investigaciones en todos los profesionales que son parte del equipo de trabajo del servicio.

- Enfocar el interés de los directivos en la aparición de síntomas de ansiedad entre el personal de salud del servicio de emergencia al ser este el compromiso de salud mental más frecuente en esta población, sin dejar de prestar interés a la aparición de estrés y depresión, en ese orden.

- Incluir en las actividades de capacitación la introducción de Programas de Intervención basados en el afrontamiento de problemas de salud mental dirigidos al personal de salud que interviene directamente con pacientes COVID para que así se vean beneficiados todos los trabajadores de la salud del establecimiento.

Incluir el afrontamiento de estrés, ansiedad y depresión en los Programas de intervención que se establezcan pues se ha demostrado que disminuyen los niveles de los mismos.

- Incorporar el Programa de Intervención Virtual producto de este estudio para su aplicación a todo el personal de salud (médicos, licenciados de enfermería y técnicos de enfermería) con la finalidad de evitar la aparición, establecimiento y/o empeoramiento de compromiso de la salud mental tales como estrés, ansiedad y depresión ya que el Programa ha demostrado ser eficaz en el control de los mismos.

VIII. REFERENCIAS

- Ali, H, Abdelaziz, A. y Abdalwahab, A. (2020). Mental Stress in Anesthesia and Intensive Care Physicians During COVID-19. *Outbreak Anesth Pain Med*; 10(5), e106623.
- Alves, J. Cruz, A. y Aguiar, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS). *Rev Latino Am Enfermagem*; 14(6) <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qSztYX5Xyn8sLjyybxMyvfm/?format=pdf&lang=es>
- Anderson, R. y Hope, A. (2008). A Review of the Tripartite Model for Understanding the Link between Anxiety and Depression in Youth. *Clinical Psychology Review* 28: 275-287. <https://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/591>
- Antúnez, Z., y Vinet, E. (2011). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS– 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/111>
- Arrogante, Ó., Pérez-García, AM. y Aparicio-Zaldívar, EG. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: Relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enferm Clin*;25(2), 73–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009>
- Arrogante, Ó. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. *Metas Enferm.*;19(10):71–76. <http://www.enfermeria21.com/revistas/metlas/articulo/81011/>
- Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., Souppart, V., Combes, A., Klouche, K., Argaud, L., Barbier, F., Jourdain, M., Reignier, J., Papazian, L., Guidet, B., Géri, G., Resche-Rigon, M., Guisset, O., Labbé, V., Mégarbane, B., Van Der Meersch, G., Guitton, C., Friedman, D., Pochard, F., Darmon, M., y Kentish-Barnes, N. (2020). Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in

- critical care clinicians managing patients with COVID-19: A cross-sectional study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(10), 1388–1398.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC>
- Bono, R. (2012). Diseños cuasi experimentales y longitudinales. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Campos-De La Cruz, I., Burneo-Ramírez, M. y Runzer-Colmenares, F. (2021). Asociación entre salud mental y actitudes ante el confinamiento durante la pandemia COVID-19 en hospitales de Lima y Callao. *Acta Médica Peruana*, 38(3), 177-185..
<https://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.383.2025>
- Cabanyes, J. y Monge, M. Á. (Eds.). (2017). *La salud mental y sus cuidados* (4a. ed.). Retrieved from <http://ebookcentral.proquest.com>
- Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R.. y Allaouchiche, B. (2020). Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 39(6), 717–722. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.08.006>
- Canales, F., Alvarado, E. y Pineda E. (1994) *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Canadian Institute for Health Information. (2021). Impact of COVID-19 on Physician Services,. <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/data-tables>
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es.

Castaño, EF y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10 (2), 245-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

Chacón-Andrade, E. (2020) Prevalencia de ansiedad, depresión y miedo a la COVID-19 en la población general salvadoreña. *Revista entorno*, 70:76-86 ISSN: 2218-3345. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/148853/CONICET_Digital_Nro.beb2c110-042b-457c-ab53-9f312d8a1083_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Chávez, L., Marcet, G., Ramirez, E., Acosta, L. y Samudio, M. (2021). Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente - INERAM “Juan Max Boettner” durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Revista De Salud Pública Del Paraguay*, 11(1), 74–79. <http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/2>

Condori Arias, Y. (2020) “Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Arequipa” [Tesis para optar al Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa] Repositorio UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3487460a-ca17-48e9-a770-25722ed9f346/content>

De la Rosa, A., Moreyra, L. y De la Rosa, N. (2020). Intervenciones eficaces vía Internet para la salud emocional en adolescentes: Una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay*, 7(2), 18-33. <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v7i2.2128>

- Di Monte, C., Monaco, S., Mariani, R., y Di Trani, M. (2020). From Resilience to Burnout: Psychological Features of Italian General Practitioners During COVID-19 *Emergency*. *Frontiers in psychology*, 11, 567201. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567201>
- Dosil Santamaria, M., Ozamis-Etxebarria, N., Redondo Rodriguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J. y Picazza Gorrotxategui, M. (2021) Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*; 14(2), 106-112 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>
- García, José E. (2015). El pensamiento pre científico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 337-349. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300010&lng=es&tlng=es.
- García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera, JR. y Ruiz-Frutos, C. (2020) Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 94, e202007088 https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
- Gómez, C. (2007) Evaluación de la eficacia de un programa de intervención. Evaluación neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes *Salud y drogas*, 7(2), 235-247 <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970202.pdf>

- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V. y Fong, K. (2021) Mental health of staff working in intensive care during Covid-19, *Occupational Medicine*, 71(2) : 62–67, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Huarcaya-Victoria J. (2020) Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 37(2), 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 1(1), 27–34. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.1996.3807>
- 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., y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Laurent, A., Fournier, A., Lheureux, F., Louis, G., Nseir, S., Jacq, G., Goulenok, C., Muller, G., Badie, J., Bouhemad, B., Georges, M., Mertes, P.-M., Merdji, H., Castelain, V., Abdulmalak, C., Lesieur, O., Plantefève, G., Lacherade, J.-C., Rigaud, J.-P., Sedillot, N., Roux, D., Terzi, N., Beuret, P., Monsel, A., Poujol, A.-L., Kuteifan, K., Vanderlinden, T., Renault, A., Vivet, B., Vinsonneau, C., Barbar, S. D., Capellier, G.,

- Dellamonica, J., Ehrmann, S., Rimmelé, T., Bohé, J., Bouju, P., Gibot, S., Lévy, B., Temime, J., Pichot, C., Schnell, D., Friedman, D., Asfar, P., Lebas, E., Mateu, P., Klouche, K., Audibert, J., Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Loiseau, M., François-Pursell, I., Binquet, C., & Quenot, J.-P. (2021). Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of the COVID-19 epidemic. *Annals of Intensive Care*, 11(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00880-y>
- Linares, T., y Valladares, D. (2021) *Programa de intervención en enfermeros del hospital regional de huacho que presentan ansiedad y estrés en el contexto COVID 19 – 2021*. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion - Peru]. Repositorio UNJFSC. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/4484>
- Lopera E, JD. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 32 (1), S11-S20. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=12058124002>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior research and therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lovon, A. (2021). *Alteraciones de la salud mental en el contexto de la pandemia en personal de centros de salud categoría I-4. Arequipa 2021*. [Tesis para optar el Título de Medica Cirujana. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/90283a51-e754-49ea-a897-a5e20a390339/content>

- Lozano, G. (2021) *Diseño de Proyecto, Ejecución e Informe Final de Investigación*. Instituto de Investigación, Docencia y Servicios Integrales en Salud. Editorial Académica Española.
- Lozano-Vargas A. (2021) Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *RNP [Internet]*. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687>
- Magnavita, N., Tripepi, G., y Di Prinzio, R. R. (2020). Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5218. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17145218>
- Maguiña-Vargas M., Gastelo-Acosta, R. y Teken-Bernilla A. (2020) El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19 *Rev Med Hered.* 31, 125-131 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n2/1729-214X-rmh-31-02-125.pdf>
- Martinez Montaña, M. (2013) *Metodología de la Investigación para el Área de la Salud*. (2da Ed.). Mc Graw-Hill Interamericana de Editores.
- Mas, L. (2020) Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. Documento de Opinión. *IEEE.ES*; 118, 607-614 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7625272>
- Ministerio de Salud (2020). Guía Técnica para el cuidado de la salud mental del Personal de Salud en el contexto del COVID-19. MINSA.Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP. Dirección de Salud Mental -DSAME. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

- Ministerio de Salud (2022) . Sala Situacional COVID 19 Perú.
https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Molina, D. (2007) Lineamientos para la configuración de un programa de intervención en orientación educativa. *Ciências & Cognição* 12:40-50
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v12/v12a05.pdf>
- Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195–213.
<https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), Empleo, Estrés y Salud (pp. 59-83). Pirámide. <http://www.colmed5.org.ar/files/sitio/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Nizami, A., Anwar, M., Hayat, A., Shabbir, F., Nizami, A. M., y Umar, M. (2021). Perceived Stress among Students in Medical/Dental and Allied Health Universities in Pakistan due to COVID-19 Pandemic. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 25(1), 102-106.
<https://doi.org/10.37939/jrmc.v25i1.1544>
- Nwachukwu, I. (2020) COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 6366; doi:10.3390/ijerph17176366
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., y Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index De Enfermería*, 29(4), 225-229. <http://ciberindex.com/c/ie/e13056>

Organización Mundial de la Salud (2004) Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica: Informe compendiado.

http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2022) COVID 19 Weekly Epidemiological Update. Ed. 121. Pub 7/12/22 <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---7-december-2022>

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2021) Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 21 de agosto de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54717/EpiUpdate21August2021_spa.pdf?sequence=2

Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., y Narvaez, J. C. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de saúde pública*, 36(4), e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

Padrón, H. J. (2011). *El pensar filosófico en la relación salud-enfermedad*. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Filosofía y Letras. Centro de Estudios de Filosofía Clásica. <http://bdigital.uncu.edu.ar/6894>

Peña, A. (2004). Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65(1), 65-72. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000100010&lng=es&tlng=es.

- Ramos, C. (2015). Los Paradigmas de la Investigación Científica. *Av.psicol.*, 23(1), 9-17
https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Rodríguez Bárbara, O. y Sánchez, T. (2020) The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int. braz. j. urol.*, 46(Suppl 1), 195-200.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382020000700195&lng=en. Epub July 27, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s124>.
- Rodríguez, C. (2020) Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR.*, 5(6), 583-88 <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3662>
- Roman, F., Santibañez, P. y Vinet, E. (2016) Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Psychological Research Records*, 6(1):2325-2336 <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-pdf-S2007471916300539>
- Román Mella, F. & Vinet, E. & Alarcón Muñoz, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(2),179-190.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>
- Salinas, P. (s.f.) *Metodología de la Investigación*. Universidad de Los Andes.
http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/34398/metodologia_investigacion.pdf;jsessionid=3F55E513428935640842F2B1CDAD3D40?sequence=1
- Sanchez Carlessi, H. y Reyes, C. (2009). *Diseño y metodología de la investigación científica* (4a ed.). Ed. Visión Universitaria.

- Sanchez T, M. (2021) *Estrés, ansiedad y depresión en profesionales asistenciales, área COVID19 del Hospital Virgen de Fátima, 2020*. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. Perú]. Repositorio UNTRM <https://hdl.handle.net/20.500.14077/2400>
- Sarabia S. (2020) La salud mental en los tiempos del coronavirus. *Rev Neuropsiquiatr.*, 83 (1), 3-4. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3680>.
- Secretaria de Salud y Bienestar del Estado de Colima (2014). *Modelo de Evaluación de Programas de Salud. Manual de Operación*. <https://saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Spitzer, RL., Kroenke, K., Williams, J. & Löwe B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch. Intern. Med.*, 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Urzua, A., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata A., y Irrazabal, M. (2020) Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chile*, 148, 1121-1127

- Valencia, M. (2007) Trastornos Mentales y Problemas de Salud Mental. *Salud Mental*, 30(2), 75-80
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1162/1160
- Vásquez Elera, L. (2020) *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020*. [Tesis para optar al Grado Académico de Maestro en Gestión de Servicios de Salud. Universidad Cesar Vallejo. Lima.]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49971>
- Vallejos S., M. (2021) *Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia- Red Asistencial Lambayeque*. [Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado. Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV <https://hdl.handle.net/20.500.12692/56418>
- Vásquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (s.f.) Capítulo 31 : Estrategias de afrontamiento. http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Vasquez E., L. (2020). *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020*. [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Gestión de Servicios de Salud, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49971>
- Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., Roos, P., Vieux, L., Suard, J.-C., Weissbrodt, R., Pugin, J., Pralong, J. A., y Cereghetti, S. (2021). Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Annals of Intensive Care*, 11(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00900-x>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia
“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD
MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022”

PROBLEMA	OBJETIVO	JUSTIFICACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES	METODO
Problema General ¿Cuál es la efectividad del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022 ?	-Objetivo general. Determinar la efectividad del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Justificación teórica Este estudio permitirá poner en evidencia la utilidad de la aplicación de una intervención virtual para los trabajadores de la salud que atienden pacientes COVID en las Instituciones de Salud de nuestro país,	Hipótesis General. La aplicación del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental tiene una efectividad significativa en la mejora de los niveles de ansiedad, estrés y depresión en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Variable Independiente Afrontamiento: Programa de Intervención	Tipo de Investigación: Cuantitativa Aplicada, Retrospectivo, longitudinal, Nivel de Investigación: Analítico Diseño de la Investigación: Cuasi experimental pre y post test Técnicas e instrumentos. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario DASS -21 (Lovibond, 1986) Población: Trabajador de Salud de emergencia durante el periodo de estudio. Muestra: Corresponde al 100% de la población; Análisis de Datos Se elaborarán Tablas, figuras y parámetros que servirán para describir cada una de las variables en estudio. Se realizó la matriz en Excel y luego se utilizó el programa estadístico SPSS v. 24
Problemas Específicos ¿Cuál es el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?	Objetivos específicos. Determinar el impacto sobre la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Justificación práctica El presente trabajo encuentra justificación desde el punto de vista práctico pues tratará de plantear soluciones fáciles y prácticas al problema de la salud mental de los trabajadores que atienden pacientes COVID;	Hipótesis específicas. La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de ansiedad en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Variable Dependiente -Impacto sobre salud mental; Depresión, ansiedad y estrés	
¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022?	Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Justificación económico – social El abordaje de la salud mental del personal que atiende pacientes COVID es difícil y complejo, por eso se plantea en este trabajo una intervención corta, virtual y de bajo costo que permita al personal de salud afrontar los principales problemas en salud mental a los que se ven enfrentados: estrés, ansiedad y miedo.	La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de depresión en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Variable Interviniente Características sociodemográficas	
¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de ansiedad de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022 ?	Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de depresión de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	Justificación metodológica El presente estudio dio lugar a la construcción de un programa de intervención para la salud mental de los trabajadores que atienden pacientes COVID de una manera novedosa, ágil y económica; y pretende además instalar la metodología de intervención en forma de una plataforma digital que esté permanentemente a disposición de la población de estudio.	La aplicación del programa de intervención disminuye el nivel de estrés en los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022	-Edad -Genero -Grupo ocupacional -Antigüedad Laboral -Carga Horaria -Contagio	
¿Cuál es el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022 ?	Determinar el efecto de la aplicación del programa de intervención en el nivel de Estrés de los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022				
¿Qué niveles de ansiedad, depresión y estrés presentan antes y después de la aplicación del programa de intervención los trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022 ?	Determinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés presentan antes y después de la aplicación del programa de intervención en trabajadores de emergencia de un hospital privado - Lima, 2022				

Anexo B

SOLICITUD DE PERMISO A LA INSTITUCIÓN PARA REALIZAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señor Doctor
Paul Luchessi
Director Clínica Delgado

Yo, Carlos Palomino Basagoitia, con DNI 08201130, con la finalidad de obtener el Doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional Federico Villarreal, solicito se me brinde el permiso para realizar dentro de su institución el estudio titulado: " INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL EN SERVIDORES EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022 "

El cual se realizará sin perjuicio de los participantes.

Este procedimiento, es básico y de cumplimiento con las normas de ética y responsabilidad científica.

Le anticipo mi agradecimiento por su aceptación



Carlos Palomino Basagoitia
DNI 08201130

Anexo C

GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO
INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO METODOLOGICO

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Universidad Nacional Federico Villarreal
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Programa de Intervención
 1.4. Título del proyecto: “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022”
 1.5. Autor del instrumento: Carlos Alberto Palomino Basagoitia

ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																	x			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																		x		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			x	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																		x		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																			x	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			x	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																			x	
8. COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores																		x		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																			x	
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		x		

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY	DNI N°: 09202397
Dirección domiciliar:	Saco Oliveros 171-602 Santa Beatriz, Lima	Teléfono/ Celular : 998037569
Título Profesional	Médico Cirujano	

Grado Académico:	Doctor en Medicina Doctor en Educación Maestro en Investigación y Docencia Universitaria
Mención:	Medicina


Firma
Lugar y Fecha: Lima, 22 De Noviembre del 2021

GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO **INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO TEMATICO**

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Bardales Andrade Maria Elena
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Hospital Nacional Larco Herrera
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Programa de Intervención
- 1.4. Título del proyecto: “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022”
- 1.5. Autor del instrumento: Carlos Alberto Palomino Basagoitia

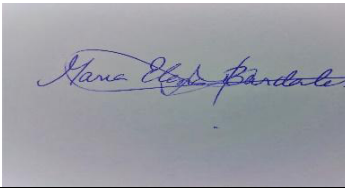
ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				x
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																				x
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				x
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																				x
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				x
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				x
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																				x
8. COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores																				x
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				x
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																				x

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	MARIA ELENA BARDALES ANDRADE	DNI N°: 07908596
Dirección domiciliar:	Jr. Amazonas 738 Letra O Pueblo Libre	Teléfono/ Celular: 984312069
Título Profesional	Licenciada en Psicología	
Grado Académico:	Doctor	
Mención:	Doctora en Psicología	


Firma
Lugar y Fecha: Lima, 3 Diciembre del 2021

MARIA ELENA BARDALES ANDRADE

Nombre y firma del Experto Temático

GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO
INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO ESTADÍSTICO

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informante: Zoila Lira Camargo

1.2 Cargo e Institución donde labora: Universidad Nacional de Barranca

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Programa de Intervención

1.4 Título del proyecto: "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA

AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN

TRABAJADORES DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022"

1.5 Autor del instrumento: Carlos Alberto Palomino Basagoitia

ASPECTOS DE VALIDACION

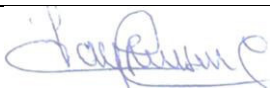
Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																	x			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																	x			
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																	x			
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																	x			
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																	x			
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																	x			
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																	x			
8. COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores																	x			
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																	x			
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																	x			

ROMEDIO DE VALORIZACIÓN: Muy Bueno

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena xd) Muy buena

Nombres y Apellidos:	Zoila Lira Camargo	DNI N°: 22499113
Dirección domiciliaria:	Calle Halcones 101	Teléfono/ Celular: 999186285
Título Profesional	Contador Publico	

Grado Académico:	Doctor en Contabilidad
Mención:	


Firma
Lugar y Fecha: Lima, 20 Noviembre del 2021

Nombre y firma del Experto Estadístico

Anexo D

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Afrontamiento: Suma de esfuerzos de dos tipos cognitivos y conductuales que el individuo desarrolla con la finalidad de controlar o manejar aquellos eventos demandantes sean externos o internos que sobrepasan a los recursos con los cuales este puede hacerle frente (Lazarus y Folkman, 1984).

Impacto del Covid -19 : Situación laboral del trabajador sanitario, comprometida en la situación de la pandemia actual a nivel mundial dan lugar a situaciones relacionadas a estrés relacionado en forma importante a la sobrecarga laboral haciéndolo vulnerable a daño psicológico (ansiedad y Depresión) y la posibilidad de presentar compromiso psiquiátrico (Ornell,2020).

Salud Mental: Estado de bienestar en el cual la persona es capaz de afrontar las situaciones problemáticas o de presión en su vida diaria que le permita realizar su actividad productiva sin complicaciones (OMS,2014).

Ansiedad: Se considera cómo respuesta del individuo frente a una amenaza dando lugar a una situación variable de la persona que en algunos casos puede aparecer “normal” y en otros sobrepasa este nivel arbitrario (Cabanyes,2017).

Depresión: Estado emocional caracterizado por tristeza profunda asociado a sintomatología que la caracteriza cómo enfermedad (Cabanyes,2017).

Estrés: Situación producto del impacto de varios estímulos (estresores) en una persona dando lugar a una respuesta cerebral producto del análisis del estímulo que se manifiesta en una respuesta inespecífica de alarma (Cabanyes,2017).

Anexo E

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Parte 1 : Datos Sociodemográficos

EDAD		TIPO VINCULO LABORAL		INFECCIÓN COVID	
GÉNERO		Nombrado		Si	
Masculino		CAS		No	
Femenino		CARGA HORARIA LABORAL			
PROFESIÓN		150 Horas			
Médico		150-180 Horas			
Enfermero		Mas de 180 Horas			
Tco Enfermería					

Parte 2 : Escala DASS 21

FICHA TÉCNICA

- Nombre: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Autor: Lovibond, P.; Lovibond, SH (1995).
- Tipo de instrumento: Escala
- Objetivo: Medir estados emocionales negativos: depresión, ansiedad y estrés.
- Aplicación: 13 años a 45 años.
- Tiempo : 5 - 10 minutos
- Descripción: 21 ítems - 3 subescalas: Depresión, Ansiedad y Estrés.
- Los ítems describen síntomas experimentados en la última semana.
- Las opciones de respuestas son de tipo Likert : miden intensidad o frecuencia, con opciones de 0 a 3 puntos.
- Puntaje total : 0 a 63 puntos
- Puntaje por Subescala : 21 puntos

CONFIABILIDAD DASS 21

Muestra Total	Alpha de Cronbach	Items
Depresión	0,85	7
Ansiedad	0,72	7
Estrés	0,79	7

VALIDEZ CONVERGENTE Y DIVERGENTE DASS 21

	Depresión	Ansiedad	Estrés	p
BDI	0,72*	0,50	0,57	<0,001
BAI	0,74	0,76	0,65	<0,001

*coeficiente de correlación de pearson

BDI : Inventario de Depresión de Beck

BAI : Inventario de Ansiedad de Beck

Román Mella, Francisca, & Vinet, Eugenia V., & Alarcón Muñoz, Ana María (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXIII(2),179-190

Confiabilidad Prueba Piloto

n = 15

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,886	21

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
preg1	12,47	44,410	,541	,879
preg2	13,07	45,638	,272	,887
preg3	12,73	39,495	,637	,877
preg4	13,33	44,667	,576	,879
preg5	12,80	45,743	,241	,889
preg6	12,67	44,952	,313	,887
preg7	13,27	43,924	,655	,877
preg8	12,33	42,810	,474	,882
preg9	12,93	42,067	,743	,872
preg10	13,07	46,352	,253	,887
preg11	12,73	44,495	,338	,886
preg12	12,80	42,886	,708	,874
preg13	12,80	41,600	,727	,872
preg14	12,93	44,067	,482	,881
preg15	13,47	46,981	,269	,886
preg16	13,20	44,457	,545	,879
preg17	13,27	45,210	,450	,882
preg18	12,67	43,952	,520	,880
preg19	12,93	43,210	,772	,874
preg20	13,00	43,000	,773	,873
preg21	13,53	47,267	,300	,885

El análisis de Confiabilidad del Instrumento DASS 21 aplicado a través de una prueba piloto n= 15 en la población a estudiar mostró un alto grado de confiabilidad.

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido (Nunca)

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo (A veces)

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo (Con Frecuencia)

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. (Casi Siempre)

N°	ÍTEMS	N	AV	CF	CS
1	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3

16	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

Anexo F
**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO
DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE
EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO - LIMA 2022”**

1. INTRODUCCIÓN

En mayo del año 2020, la OMS publica su política acerca de la salud mental en tiempos de coronavirus advirtiendo está problemática al personal sanitario. Así, en las personas que anteriormente podían enfrentar estresores en forma algo satisfactoria, con la sobrecarga de la pandemia no podrían enfrentarlo. Por lo tanto, los trabajadores de salud que anteriormente experimentaban algunos eventos de ansiedad y distrés ahora se ven expuestos a los mismos en mayor frecuencia e intensidad desarrollando alguna alteración en su salud mental; y por otro lado, aquellos que ya sufrían una de estas, experimentan empeoramiento de su condición y compromiso funcional además. La OMS (2021) ha identificado las poblaciones en mayor riesgo de desarrollar trastornos de la salud mental: trabajadores de salud en primera línea, adultos mayores y aquellos con enfermedades mentales preexistentes entre otros.

El problema de salud pública existente en la actualidad nos obliga a trabajar en el desarrollo de estrategias que intentan brindar soluciones dirigidas especialmente a quienes se encuentran en la primera línea de acción en la pandemia. Esta intervención es un aporte en ese sentido.

2. BENEFICIARIOS

Beneficiarios Directos

Servicio de Emergencia	Número
Médicos	10
Licenciados Enfermería	20
Técnicos Enfermería	20

Beneficiarios Indirectos

Servicio de Emergencia	Número
Padres	100
Cónyuges	50

Hijos	100
-------	-----

3. **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

Se ha considerado que la intervención debe realizarse en cuatro sesiones, programada una por semana por lo que se considera la aplicación en cuatro semanas.

4. **DELIMITACIÓN FÍSICA**

En razón de tratarse de una intervención virtual la delimitación física está compuesta por el espacio virtual en la red.

5. **JUSTIFICACIÓN**

Los problemas de salud mental en tiempos de COVID han sido ampliamente analizados líneas arriba y el enfoque en la población de trabajadores de salud que enfrentan la primera línea lo hace más importante en términos de número que serían beneficiados al generalizar los alcances de esta intervención.

De la misma manera, solo el hecho de mejorar los problemas de salud mental producto de la pandemia en los trabajadores de salud de la primera línea dan lugar a mejora en la productividad, el costo y la calidad de la atención en los servicios de salud.

En tiempos actuales en que la pandemia por COVID ha comprometido nuestro débil sistema de salud, la contribución en la mejora de la salud mental de los trabajadores del sector hace que el hecho de intervenir sea significativo cómo inicio a la contribución de solucionar un problema de salud pública muy importante en este momento.

La implementación de este programa podrá tener lugar por la forma remota en que se va a hacer, tratando de no comprometer las horas de trabajo del personal, por lo tanto no requerirá muchos recursos humanos y materiales. En este caso es importante contar con la colaboración y compromiso del personal y sus equipos celulares para mantener el programa, lo cual se va a resolver a través de intervenciones de sensibilización.

6. **OBJETIVOS**

Objetivo General:

- Fomentar que los trabajadores de Emergencia obtengan herramientas y estrategias para hacer frente al compromiso de su salud mental por COVID 19.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el compromiso de salud mental de los trabajadores de Emergencia por COVID 19.
- Brindar herramientas a los trabajadores de Emergencia herramientas y estrategias para hacer frente a la ansiedad por COVID 19.
- Brindar herramientas a los trabajadores de Emergencia herramientas y estrategias para hacer frente a la depresión por COVID 19.
- Brindar herramientas a los trabajadores de Emergencia herramientas y estrategias para hacer frente al estrés por COVID 19.

- Conocer los resultados de la aplicación del Programa de Intervención.

7. METAS

- Al menos el 98% de los trabajadores de salud respondan el Pre Test.
- Al menos el 95% de los trabajadores participan del 100% de las sesiones del Programa.
- Al menos el 75% de los trabajadores ponen en práctica las herramientas y estrategias entregadas en el Programa.
- Al menos el 50% de los trabajadores mejora sus niveles de ansiedad, depresión y estrés en un 50% con respecto a su base después de la implementación del Programa.

8. RECURSOS

Recursos Humanos

- Asesor Temático/Docente
- Facilitador/Investigador

Recursos Materiales y Técnicos

- Equipo de Computo
- Conexión a Internet
- Virtual Hope Box App
- Material Multimedia: Videos. podcast, presentaciones, páginas web.

9. INFORMACIÓN

El programa de intervención ha sido concebido en forma abreviada a través de cuatro sesiones virtuales respetando la teoría de afrontamiento de problemas emocionales con la finalidad de hacerlo más ágil, asequible y fácil para los participantes y que no vaya en desmedro de los objetivos planteados. Se utilizará la técnica presencial remota a través de internet y redes sociales, así como el uso de una app para todos los participantes quienes deberán unirse a la sesión en forma individual. Cada sesión tiene un esquema similar que inicia con un breve marco teórico, luego una dinámica y finalmente una herramienta de afrontamiento para estrés, ansiedad y depresión. Como instrumentos de evaluación antes y después de administrar el programa de intervención se utilizará la Escala DASS-21, un instrumento debidamente validado que mide los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los participantes.

10. CRONOGRAMA

Sesión	Actividad	01	02	03	04
1	Autodiagnóstico. Pre Test	x			
1	Técnicas Cognitivas para el Afrontamiento	x			

2	Técnica de resolución de problemas		x		
2	Técnicas de Autocontrol		x		
3	Conocimiento de Fortalezas			x	
3	Regulación de Emociones positivas y negativas			x	
4	Retroalimentación - Briefing - Defusing				x
4	Autoreconocimiento : Post Test				x

11. EVALUACIÓN

Evaluación Objetiva

- Censo de trabajadores de salud participantes en el pre test
- Censo de la asistencia a las sesiones a través del registro virtual en la red.
- Censo de trabajadores de salud participantes en el post test.
- Medición y comparación de los resultados del pre test y post test de acuerdo a los baremos establecidos en la literatura.

Evaluación Subjetiva

- Observación conductual de los participantes a través de las sesiones.
- Encuesta de opinión de los participantes al final del programa.

12. ACTIVIDADES

SESIÓN 1

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Presentación. Bienvenida. Pre Test	Socialización. Autodiagnóstico	Se da la bienvenida y se presenta el programa. Se explican objetivos. Se invita a resolver pre test. Se socializan resultados.	Computadora Conexión Internet App Zoom Google Forms	10 min
Técnicas Cognitivas para el afrontamiento	Conocimiento y uso de técnicas para el afrontamiento	Se explica las técnicas de modificación de pensamientos, el análisis de peligros reales y la modificación de pensamientos intrusivos	Computadora Conexión Internet App Zoom Video Instructivo Plataforma Miro	15 min

Presentación Virtual Hope Box	Conocimiento o e instalación de App	Se presenta el App y se invita a descargar en su celular a los participantes. Se explica funcionamiento	Computadora Conexión Internet App Zoom App VHB	10 min
-------------------------------	-------------------------------------	---	---	--------

SESIÓN 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Técnicas de Regulación Conductual	Conocimiento y uso de técnicas de regulación conductual	Se describen las técnicas de resolución de problemas y organización del tiempo a través de video y se invita a participación activa en muro virtual.	Computadora Conexión Internet App Zoom Video Informativo: Tolerancia Emocional Plataforma Miro	20 min
Técnicas de regulación Emocional	Conocimiento y uso de técnicas de regulación emocional.	Se describen las técnicas de Respiración Consciente abdominal. Respiración Consciente simple. y Autorregulación Emocional con los elementos de la naturaleza a través de video y se invita a participación activa en muro virtual.	Computadora Conexión Internet App Zoom Videos Instructivos Plataforma Miro	20 min
Virtual Hope Box	Mantener el manejo individual de situaciones críticas	Se invita a participar manifestando experiencias en el uso de la app y se refuerza pautas para su uso.	Computadora Conexión Internet App Zoom App VHB	10 min

SESIÓN 3

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Técnicas de Regulación Conductual	Conocimiento y uso de técnicas de regulación conductual	Se describe la técnica de conocimiento de fortalezas a través de video y se invita a participación activa en muro virtual.	Computadora Conexión Internet App Zoom Videos Informativos e Instructivos Plataforma Miro	15 min

Técnicas de regulación Emocional	Conocimiento y uso de técnicas de regulación emocional.	Se describe la técnica de descubrimiento, control y regulación de emociones positivas y negativas a través de video y se invita a participación activa en muro virtual.	Computadora Conexión Internet App Zoom Videos Informativos e Instructivos Plataforma Miro	15 min
Virtual Hope Box	Mantener el manejo individual de situaciones críticas	Se invita a participar manifestando experiencias en el uso de la app y se refuerza pautas para su uso.	Computadora Conexión Internet App Zoom App VHB	10 min

SESIÓN 4

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Técnicas de regulación emocional	Conocimiento y uso de técnicas de apoyo y beneficio mutuo.	Se describen las técnicas de briefing y defusing a través de video y se invita a realizar ejercicio de simulación en vivo.	Computadora Conexión Internet App Zoom Videos Instructivos Plataforma Miro	15 min
Virtual Hope Box	Mantener el manejo individual de situaciones críticas	Se invita a participar manifestando experiencias en el uso de la app y se refuerza pautas para su uso.	Computadora Conexión Internet App Zoom App VHB	10 min
Post Test Despedida	Autodiagnóstico y autoconocimiento. Socialización de resultados.	Se invita a resolver post test y se socializa los resultados.	Computadora Conexión Internet App Zoom Google Forms	10 min

Nota: El pre test es el mismo que el post test (DASS-21)

PROGRAMA DE INTERVENCION - AYUDA ESCRITA

Estimado Participante : En un ambiente tranquilo, libre de interferencias, responda en forma interna y personal las partes de este programa llegando a reflexionar acerca de sus propias respuestas. No necesita devolver este cuestionario. Es para su uso personal.

SESION 1

RECONOCER EMOCIONES NEGATIVAS

Desde que empezó esta situación excepcional, reflexiona sobre momentos concretos en los que hayas sentido las siguientes emociones desagradables y analízalas:

MIEDO

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

Qué hice: _____

¿De qué me informaba esta emoción?

TRISTEZA

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

Qué hice: _____

¿De qué me informaba esta emoción?

RABIA/IRA/ENFADO:

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

Qué hice: _____

¿De qué me informaba esta emoción?

INCERTIDUMBRE:

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

Qué hice: _____

¿De qué me informaba esta emoción?

*Puedes hacer este mismo ejercicio para las emociones que quieras: frustración, culpa, vergüenza...

REGULACION DE EMOCIONES NEGATIVAS

Busca en un lugar a solas un momento tranquilo e intenta seguir estas instrucciones para introducirte en una meditación de la

- 1. Adopta una postura cómoda sentado. Cierra los ojos despacio o mira fijamente al suelo por delante de ti.**
- 2. Centra tu atención en el lugar que escojas para observar la respiración (fosas nasales, pecho o abdomen).**
- 3. Observa las sensaciones y movimientos mientras el aire entra y sale de tu cuerpo.** En la medida que puedas, sigue de principio a fin la aspiración y la espiración.
4. Permite que la respiración vaya a su ritmo y frecuencia sin pretender modificarla.
5. Perderás la concentración. Cuando suceda, fíjate brevemente adónde ha ido. Entonces podrías decirte: «Ah, estoy pensando...», y luego poco a poco podrías devolver de nuevo tu atención lentamente a la respiración, observando si está entrando el aire o saliendo cuando vuelves a observarla.

6. No intentes despejar la mente: ése no es el objetivo. En vez de eso, estate atento cuando tu imaginación se desvíe hacia pensamientos, imágenes, recuerdos, fantasías, planes o cualquier otra cosa.

Devuelve lentamente la atención a tu respiración, sin hacerte pasar un mal rato.

7. Tu mente seguirá vagando. Esto es normal y es posible que ocurra una y otra vez. Observa si te criticas y procura deshacerte de la crítica. En vez de eso, felicítate por volver a observar la respiración. Ejercita la paciencia y la generosidad.

8. Sigue centrando tu atención en la respiración, lenta y amablemente, cada vez que se te vaya la cabeza a otra parte.

9. Cuando suene la alarma, observa dónde está tu mente. Si no está en la respiración, vuelve a ella un instante antes de dejar el ejercicio.

¿Cómo te has sentido haciendo este ejercicio?

SESION 2

RECONOCER EMOCIONES POSITIVAS

Desde que empezó esta situación excepcional, reflexiona sobre momentos concretos que te hayan producido las siguientes emociones:

ALEGRÍA

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

SATISFACCIÓN

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

ESPERANZA

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

CALMA-TRANQUILIDAD

Situación concreta: _____

Qué pensé: _____

Qué sensaciones físicas sentí: _____

*Puedes hacer este mismo ejercicio para las emociones que quieras:
orgullo, alivio, placer, amor, cariño, agradecimiento...

POTENCIAR EMOCIONES POSITIVAS

Registra cada día dos emociones positivas que hayas
sentido y qué crees que la ha provocado.

Día

¿Qué emoción agradable has tenido?

.....

Qué la ha provocado ?

.....

RESPIRACION

“RESPIRACIÓN 4-7-8” Busca un momento tranquilo y
a ser posible a solas y realiza los siguientes pasos:

Cierra tu boca e inhala el aire a través de la nariz. Cuenta hasta
cuatro despacio.

Aguanta la respiración durante siete segundos. Retén el aire lo más
abajo posible de los pulmones.

Espira completamente el aire por la boca durante ocho segundos.

Quizá este paso es el más difícil porque requiere más control de la
expulsión del aire.

Repite el ciclo varias veces hasta que te notes más en calma.

¿Cómo te has sentido haciendo este ejercicio?

SESION 3

FORTALEZAS

.

CREATIVIDAD

Originalidad, ingenio, Pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas

CURIOSIDAD

interés, amante de la novedad, abierto a nuevas experiencias

JUICIO

Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar

APRENDER

Amor por el conocimiento

PERSPECTIVA

Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás

VALENTIA

No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor.

PERSISTENCIA

Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad, aunque existan obstáculos.

INTEGRIDAD

Ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad

VITALIDAD

Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo.

AMOR

Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas,

AMABILIDAD

Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, empatizar.

CIUDADANIA

Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.

JUSTICIA

Tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia.

LIDERAZGO

Animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas

PERDON

Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.

HUMILDAD

Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención

PRUDENCIA

Ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios

AUTOREGULACION

Tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones.

APRECIAR

Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida

GRATITUD

Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Saber dar las gracias.

ESPERANZA

Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo.

HUMOR

Gusto por la risa y las bromas, hacer sonreír a otras personas, ver el lado positivo de la vida.

ESPIRITUALIDAD

Pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia.

Escribe las que consideres tus 5 principales fortalezas en estos momentos y reflexiona:

- a).....
- b).....
- c).....
- d).....
- e).....

Desde que empezó el confinamiento, ¿crees que has desarrollado alguna fortaleza que estaba escondida o no habías tenido oportunidad de desarrollar anteriormente?

¿Para qué te pueden servir estas fortalezas en otras situaciones futuras de tu vida?

SESION 4

NARRACION CONSTRUCTIVA . DEBRIEFING

Descripción Positiva

Intenta describir lo que ha supuesto o está suponiendo esta experiencia/ crisis para ti. Para este ejercicio basta con una descripción breve, pero te animamos a que hagas una narración más detallada por tu cuenta cuando tú lo consideres.

Días positivos:

Cada día, según te levantes, escribe en un lugar visible de la casa, una palabra o una frase que te acompañe de forma positiva durante todo el día. Debe ser realista y creíble para ti.

Día.....

Frase/palabra positiva

.....

Nivel satisfacción final del día con la frase/palabra (0-10)

.....

Potenciar Valores

Reflexiona y escribe sobre los principales valores que has sentido como importantes estos días. Ponles nombre y detalla qué supone para ti ese valor y en qué acciones lo has manifestado.

VALOR

[illegible]

¿Qué significa para mí?

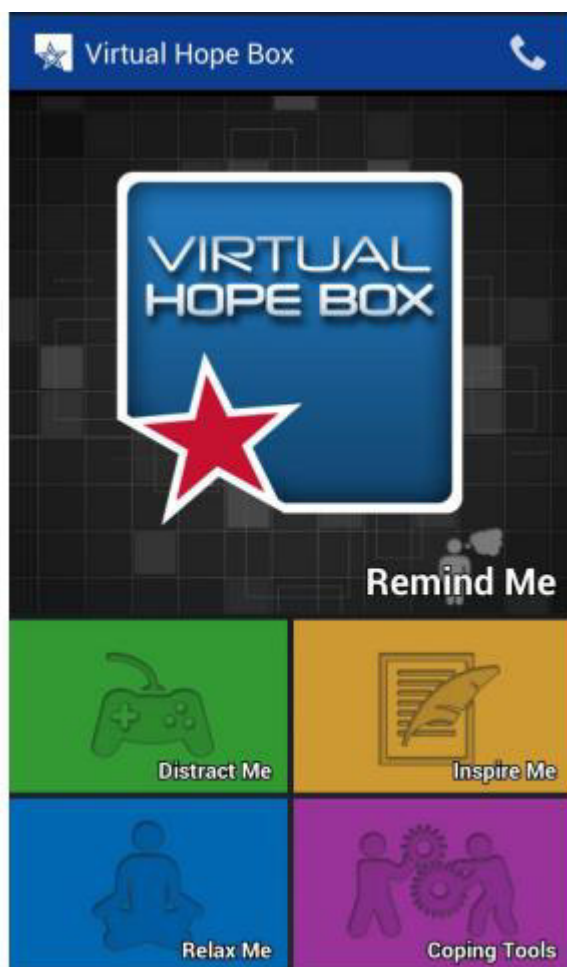
.....

¿Cómo se ha manifestado?

.....

ANEXO G OTRAS EVIDENCIAS

VIRTUAL HOPE BOX



Vinculo de Cuestionario de Entrada y Salida (Pre Test y Post Test)

<https://docs.google.com/forms/d/17YgS01At-Ig9B-wAg66uxzoCN3yyiXGMWqBw-G8KRSE/edit>

Estudio de Investigacion "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN VIRTUAL PARA AFRONTAR EL IMPACTO DEL COVID 19 SOBRE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES EMERGENCIA - LIMA 2022"

Estimado participante, gracias por tu aceptación y participación en este estudio, liderado por el Dr Carlos Palomino Basagoitia. Este estudio tiene como objetivo final Determinar la efectividad del programa de intervención para afrontar el impacto sobre la salud mental por COVID19 en trabajadores de emergencia- Al tener el diagnóstico inicial y haberse autoaplicado el programa de intervención, e requiere su apoyo en el post test- Cualquier duda los contactos del investigador principal son palominoa26@hotmail.com y celular 995038782.

Cómo andas hoy, por favor contesta la siguiente encuesta, lo que te tomará 2 minutos o menos. Según el resultado, ya te diremos qué puedes hacer:

Para cada uno de los enunciados, por favor califica, según como mejor te estés sintiendo en los últimos 5 días. Responde de acuerdo a la siguiente calificación :

0. = Cuando sientas que la situación "no te está sucediendo"

1. = Cuando sientas que la situación "Te pasa en situaciones concretas"

