



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**SALUD MENTAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL
DE LIMA METROPOLITANA TRAS EL LEVANTAMIENTO DEL
ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA POR LA PANDEMIA COVID 19**

**MENTAL HEALTH OF RESIDENT PHYSICIANS AT A HOSPITAL IN
LIMA METROPOLITANA AFTER THE END OF THE PUBLIC
HEALTH EMERGENCY OF COVID 19 PANDEMIC**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

MARIO JESUS CASTILLO ESPINOZA
GUSTAVO AMILCAR LOAIZA ALAMO
FRANZ ALEXANDER TUESTA GARCIA

ASESOR:

JORGE MARTIN AREVALO FLORES

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Daniel Andres Caceres Alpaca

Vocal: Dr. Enrique Oshiro Romero

Secretario: Dra. Guiliana Mas Ubillus

Fecha de Sustentación: 09 de febrero de 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR

Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Departamento Académico de Psiquiatría

ORCID: 0000-0001-7849-8839

DEDICATORIA

Agradezco a mis padres por el incondicional apoyo, mi familia que siempre estuvieron en las buenas y malas. Les agradezco de todo corazón.

Franz Tuesta

Agradezco a mi familia, compañeros y doctores que me apoyaron en este arduo camino de aprendizaje.

Gustavo Loaiza

Agradezco a mi familia por la paciencia, el esfuerzo y la confianza que tuvieron en mi lo que hizo posible que este sueño se vuelva realidad, y a mi enamorada que me apoyó durante todo el camino para no rendirme nunca.

Mario Castillo

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros familiares, maestros y universidad por habernos guiado por este largo camino de la profesión de medicina, y un especial agradecimiento a nuestro asesor por apoyarnos en la creación de este trabajo de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

SALUD MENTAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA TRAS EL LEVANTAMIENTO DEL ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA POR LA PANDEMIA COVID-19

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

4

prezi.com

Fuente de Internet

1%

5

www.revneuropsi.com.ar

Fuente de Internet

1%

6

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

1%

7

lume.ufrgs.br

Fuente de Internet

<1%

8

www.medwave.cl

Fuente de Internet

<1%

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS.....	10
V. DISCUSIÓN	12
VI. LIMITACIONES	15
VII. CONCLUSIONES	16
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
IX. TABLAS	20

RESUMEN

Introducción: La salud mental en la población es variable según la coyuntura social que se viva, y el personal de salud no es la excepción; estamos viviendo una pandemia por COVID-19 y esto influye negativamente en la salud mental del personal médico y la población en general. **Objetivos:** Describir el estado de la salud mental de los residentes que ejercieron labor asistencial tras el levantamiento del estado de emergencia. **Métodos:** Estudio de tipo descriptivo transversal correlacional. Se incluyó a 216 médicos residentes que ejercieron labor asistencial tras el levantamiento del estado de emergencia de un total de 615. Se utilizó los cuestionarios GAD-7, cuestionario PHQ-9 y cuestionario EIE-R; para ansiedad, depresión y estrés respectivamente. **Resultados:** Se obtuvo una prevalencia de enfermedad para ansiedad del 50.9%, depresión del 50.9% y estrés del 70.4%, así mismo, el 43.5% presentan una ansiedad leve, 7.5% entre moderada y severa; por otro lado, el 33.3% presentan depresión leve y 17.6% entre moderada y severa, mientras que, el 38.0% presentan TEPT parcial, el 25.9% con probable diagnóstico de TEPT y sólo un 6.5% sintomatología de TEPT severa. **Conclusiones:** Se encuentra una alta prevalencia de los trastornos, lo que concuerda con la encontrada en otros estudios. A su vez, no se encontró una relación estadísticamente significativa para aseverar una posible relación entre los trastornos o los niveles de los mismos con las características demográficas descritas.

Palabras clave: Pandemia, salud mental, ansiedad, estrés y depresión.

ABSTRACT

Background: The mental health in the population varies according to the social context, this is not different in health personnel; we are now in the middle of COVID-19 Pandemic, and this has a negative impact in the mental health of health personnel and the general population. **Objective:** Describe the mental health among residents in a public hospital after the end of the public health emergency of COVID-19 pandemic. **Methods:** A cross-sectional descriptive correlational study. We include 216 medical residents that had care work after the end of the public health emergency of a total of 615 residents. The GAD-7, PHQ-9 questionnaires and the IES-R scale were utilized to address anxiety, depression and distress respectively. **Results:** Regarding prevalence of mental health symptoms, it was found that 50.9% of interviewed residents had anxiety symptoms, 50.9% had depression symptoms and 70.4% suffer from distress symptoms. Moreover, 43.5% presented mild, 5.6% moderate and 1.9% severe anxiety; on the other hand, 33.3% presented mild depression and 17.6% between moderate and severe, while 38.0% presented partial PTSD, 25.9% with a probable diagnosis of PTSD and only 6.5% with severe PTSD symptomatology. **Conclusions:** A high prevalence of anxiety, depression and distress symptoms were found between medical residents. This matches with other revised studies. To conclude, no statistical significant relation was found between the presence of mental health disorder symptoms or their levels and the sociodemographic characteristics of medical residents.

Keywords: Pandemic, Mental Health, Anxiety, Distress and Depression

I. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la humanidad ha sido azotada por grandes pandemias que han afectado el desarrollo de la sociedad (1). La última de estas siendo la causada a inicios del 2020 por el coronavirus SARS-COV 2.

La principal vía de transmisión del COVID-19 es la respiratoria a través de la tos y estornudos, infectando a personas de cualquier edad de ahí surgen las medidas de protección como el uso de mascarillas, higiene de manos, distanciamiento social y cuarentena (2). Sumado a esto, la población ha tenido que enfrentar la pérdida de algún familiar, el empeoramiento económico, los problemas laborales y los medios de sustento, además de haber experimentado el cierre de instituciones educativas, el aislamiento, el trabajo remoto y el temor a ser contagiados generando incertidumbre en la población (3). La pandemia demuestra las grandes brechas estructurales de una sociedad, cabe destacar que muchos son los afectados en una pandemia y sobre todo las poblaciones más vulnerables, incluyendo a los infectados, personas con condiciones médicas físicas y/o mentales previas, trabajadores de la salud que laboran directamente con los pacientes y en cuarentena (4).

En este contexto, la pandemia por COVID-19 no solo genera consecuencias en la salud física, sino también en el ámbito mental, social y económico (5). Siguiendo con la idea anterior, las consecuencias de la salud física y la conciliación con la vida personal empieza a mellar la salud mental en la población, incrementando la

demanda de atención en los hospitales, por ansiedad, estrés, depresión, insomnio y trastornos emocionales (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (6), la salud mental no solo constituye la ausencia de enfermedades, sino que es un componente importante para el bienestar tanto físico, mental y social. Al respecto, la salud mental es un equilibrio psíquico de la persona, la cual está relacionado con las actividades diarias de la vida, estimulando el desarrollo emocional y constituyendo los valores, sentimientos y habilidades que demanda la vida. En este sentido, el detrimento de la salud mental está asociado a los cambios sociales rápidos.

Es debido a esto que era de esperarse que durante el confinamiento y el contexto de la pandemia tuviera un impacto negativo sobre la salud mental. Quesquén (7) menciona que en el Perú las mujeres son las que más han presentado sintomatología de ansiedad y depresión moderada o grave; además en un estudio realizado en Lima – Perú Pedraz et al (8) recalca que se encontraron niveles más altos de morbilidad psicológica en el personal sanitario, presentes en la primera línea de atención contra la COVID-19.

Ante la cantidad de personas infectadas y los esfuerzos contra el COVID-19, los profesionales de la salud siguen enfrentando una preocupante situación sanitaria, ya que cuentan con laboratorios mal implementados, carencias de equipos de bioseguridad ante una posible contaminación, camas y ventiladores deficientes,

frustración, largas horas de jornadas laborales ininterrumpidas que se expresan emociones negativas y desgaste mental (9).

Esta crisis sanitaria, resultado por la pandemia por COVID-19 constituye perturbaciones de gran magnitud, para la población y los profesionales de la salud (4), pues el impacto durante y después del brote en un largo plazo ha generado en ciertos casos trastornos mentales con alta discapacidad. Agregando a la idea anterior, Ramírez et al (4) señalan que el personal de salud se ha visto afectado por los trastornos mentales, debido al aislamiento social, separación de sus seres queridos y la exposición de manera directa con los infectados por COVID-19. De acuerdo a la investigación de Urpeque et al (10), uno de los principales trastornos mentales que presenta el personal de salud es la depresión, en el Perú se evidencia que 1 de cada 50 profesionales suelen manifestar los síntomas.

Debido a esta problemática Zhang et al (11), realizó un estudio a 1563 personas en el año 2020 en CHINA, en el cual evaluó síntomas de ansiedad utilizando la escala GAD-7 en el personal de salud, en el cual encontró que hasta un 44,7% presentaba síntomas de ansiedad y de los cuales 75% eran mujeres; en el mismo estudio evalúa además, el impacto del estrés mediante el IES-R dando como resultado una prevalencia del 73,4%, también, usando la escala PHQ-9 encontraron que 50,7% de la población estudiada presentaba síntomas depresivos, similares resultados observados por Lai et al (12), utilizando la misma escala en una población de 1257 trabajadores de salud detectando una prevalencia de un 50.4% de síntomas depresivos.

Así mismo Luceño et al (13), realizó un estudio a 1422 personas del ámbito de salud en el año 2020 en Madrid-España, donde se encontró, un porcentaje del 58.6% con síntomas del trastorno de ansiedad y un porcentaje del 46% asociado a síntomas del trastorno depresivo.

El papel fundamental que desempeñan los profesionales de la salud, es proteger la salud de la población y salvar vidas, incluso con el riesgo de enfermarse y en medio de las sensaciones de angustia y agotamiento, por ello, es importante la atención en salud mental a los profesionales de salud, ya que se encuentran en la primera línea al momento de atender a pacientes con COVID-19, agregando a esta idea Cruz-Almaguer et al (14), señalan que se debe contar con el desarrollo de políticas de salud, de forma que los profesionales sanitarios no solo sean vistos como tratantes de enfermedades, sino como individuos vulnerables que necesitan una gestión de seguridad.

La salud mental no es estática, esta se ve afectada negativamente al pasar por un evento estresor tal como el aumento de infectados por COVID-19; por tal motivo Alvares et al (15) evidencia en su estudio un aumento en la sintomatología de ansiedad, síntomas depresivos y estrés luego de reportarse el primer pico de aumento de casos de COVID-19 en china, por lo tanto, es pertinente la evaluación de la salud mental de los médicos residentes que ejercieron labor asistencial en un hospital de Lima Metropolitana tras el levantamiento del estado de emergencia sanitaria por el COVID-19 que comprende a partir del 1ro de noviembre del 2022 (16).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el estado de la salud mental de los residentes que ejercieron labor asistencial tras el levantamiento del estado de emergencia sanitaria por el COVID-19; que comprende desde el 1ro de noviembre del 2022 en un hospital de Lima Metropolitana y si tiene relación con sus respectivas características demográficas.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en los residentes de un hospital de Lima Metropolitana.
- Determinar la frecuencia de los niveles de ansiedad, de los niveles de estrés y los grados de severidad de depresión en los residentes de un hospital de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad, depresión y estrés con las características demográficas (Edad, Género, Especialidad, Año de Residencia).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio de tipo descriptivo transversal correlacional.

Población

Médicos residentes que ejercieron labor asistencial en un hospital de lima metropolitana desde el periodo de la cuarta ola de COVID-19 que comprende desde el 26 de junio del 2022 y tras el levantamiento del estado de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 que comprende desde el 1ro de noviembre del 2022. Los criterios de inclusión fueron: Ser residente que ejerció labor asistencial desde el periodo de la cuarta ola de COVID-19 que comprende desde el 26 de junio del 2022 y tras el levantamiento de la Emergencia Sanitaria desde el 1ro de noviembre del año 2022 y se excluyeron a médicos residentes que no deseaban participar de la investigación en cualquier etapa de esta.

Muestra

Para el cálculo de tamaño muestral se utilizó OpenEpi, teniendo en cuenta el total de médicos residentes que son 615 y en base a la prevalencia estimada de otros estudios como Zhang et al (11) 50.7% y una precisión absoluta del 5%, se obtuvo una muestra de 237. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Recolección de datos

La información presentada en este estudio proviene de la base de datos construida a partir de la recolección y procesamiento de cuestionarios por los investigadores

los cuales fueron realizados de manera presencial a los distintos participantes del estudio.

En la recolección de datos se utilizó los 3 cuestionarios de manera impresa en hojas bond y fueron aplicados por los propios investigadores en los diferentes departamentos y servicios hospitalarios. Dentro de estos cuestionarios se incluyó el consentimiento informado, además preguntas sobre características demográficas tales como la edad, especialidad médica (Clínico/Quirúrgico), año de residencia, sexo.

Los cuestionarios que se aplicaron fueron el Cuestionario Sobre la Salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9) (17), la escala para el Trastorno de ansiedad generalizada que incluye 7 ítems (GAD-7) (18), y para identificar el nivel de estrés postraumático, la Escala de Impacto de Evento Revisada que incluye 22 ítems (EIE-R) (19). Previo a realizar los cuestionarios los participantes tuvieron que aceptar su participación a través del consentimiento informado.

Instrumentos

En la investigación para la recolección de datos se aplicó 3 cuestionarios previamente validados para su uso en la población peruana.

- **Ansiedad:** Para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad se utilizó la versión peruana de la escala GAD-7, esta fue validada en Perú con una población de estudio de 2978 el cual tiene una consistencia interna medida mediante el alfa de Cronbach de 0.89 (18). En la cual esta consta de 7 preguntas, con una puntuación mínima y máxima 0 a 21 donde los siguientes

puntos de corte son de 0-4 donde no se aprecia ansiedad, 5-9 se aprecian síntomas de ansiedad leves, 10-14 se aprecian síntomas de ansiedad moderados, 15-21 se aprecian síntomas de ansiedad severos

- **Estrés:** Para evaluar el efecto estresor de la pandemia en el presente estudio se utilizó como instrumento la Escala de Impacto de Evento Revisada (IES-R; Weiss y Marmar, 1997) y validada en Perú por Gargurevich en 2009 (19). Esta prueba ayuda a identificar el nivel de estrés postraumático. Consta de 22 preguntas y está compuesta de 4 subescalas: intrusión, evitación, hiperactivación y desorden del sueño. El sistema de respuesta es de tipo Likert: 5 opciones (0 Nunca y 4 Sí, en extremo) teniendo como puntos de corte 0-23 no presentan síntomas de estrés, 24 a 32 TEPT parcial, o al menos un síntoma de este, 33 a 36 probable diagnóstico de TEPT, 37 a 88 Sintomatología de TEPT severa.
- **Depresión:** En cuanto a la escala de Depresión se utilizó la versión validada en la población peruana del PHQ-9 por Villarreal-Zegarra et al (17), en el cual se reporta una consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.87 similares a las encontradas en población china 0.82 y alemana 0.86. Esta consta de nueve preguntas, con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 27 tomando como referencia los puntos de corte de 0-4 ninguna, 5-9 leve, 10-14 moderada, 15-19 moderadamente severa, 20-27 severa.

Aspectos éticos

Previamente a ser encuestados los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron un consentimiento para su participación de este. El presente estudio con código SIDISI 209178 fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia el 29 de noviembre del 2022.

Análisis estadístico: La información recolectada juntamente con las variables fueron tabuladas en el programa Microsoft Excel 2019 y procesadas mediante el programa STATA 16 v6.0.

El análisis demográfico de los participantes del estudio se encuentra clasificado mediante edad, género, especialidad y año de residencia, lo cual se encuentra expresado en porcentajes y en valor nominal en la tabla 1.

Las prevalencias de enfermedad para ansiedad, depresión y estrés se encuentran descritas mediante frecuencias y porcentajes en la tabla 2, por otro lado, estos se encuentran divididos por niveles de los mismos y expresados mediante frecuencias y porcentajes en la tabla 3.

En las tablas 4, 5 y 6 se expresa la relación entre los niveles de ansiedad, estrés y depresión con las variables demográficas (edad, género, especialidad médica, año de residencia) a través de las pruebas estadísticas de prueba de chi cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher.

IV. RESULTADOS

De un total de 615 médicos residentes de un hospital de Lima Metropolitana, accedieron a participar en el estudio 230 de los cuales 14 se retiraron o decidieron no participar posteriormente al realizar los cuestionarios, lo cual resultó en un total de 216 participantes.

En la tabla 1 se observa que de los 216 médicos residentes, 58.33% (N=126) pertenecen al género masculino y 41.67% (N=90) pertenecen al género femenino; 63.00% (N=136) tienen un intervalo de edad de 24 a 30 años, 31.4% (N=68) edad entre 31 a 35 años, 5.6% (N=12) edad entre 36 a 40 años; En la especialidad observamos 70.8% (N=153) son de la especialidad médica, 29.2% (N=63) son de la especialidad quirúrgica. Con respecto al año de especialidad de los encuestados, primer año de especialidad 45.4% (N=98), segundo año de especialidad 35.2% (N=76), tercer año de especialidad 15.7% (N=34) y cuarto año de especialidad 3.7% (N=8).

En la tabla 2, se observa que la prevalencia de enfermedad para ansiedad es del 50.9%, para la depresión es del 50.9%, mientras que para la presencia de estrés es del 70.4%.

En la tabla 3, del total de médicos residentes encuestados, el 43.5% presentan una ansiedad leve, moderada en un 5.6% y severa en un 1.9%; por otro lado, el 33.3% presentan depresión leve y 17.6% entre moderada y severa, mientras que, el 38.0% presentan TEPT parcial, el 25.9% con probable diagnóstico de TEPT y sólo un 6.5% sintomatología de TEPT severa.

En la tabla 4 se observa que dentro del grupo de residentes que presenta ansiedad leve, que representa el grupo de mayor prevalencia de enfermedad; el 57.4% de ellos tienen edades comprendidas entre 24 a 30 años, el 59.6% son del sexo masculino, el 57.4% tienen la especialidad quirúrgica y el 45.7% pertenecen al primer año de residencia. No se encontró asociación entre grado de ansiedad y las características sociodemográficas de los residentes ($p>0.05$).

En la tabla 5 se observa que dentro del grupo de residentes con TEPT Parcial, que representa el grupo de mayor prevalencia de enfermedad; el 59.8% de ellos tienen edades comprendidas entre 24 a 30 años, el 57.3% son del sexo masculino, el 57.3% tienen la especialidad quirúrgica y el 45.1% pertenecen al primer año de residencia. No se encontró relación entre el grado de estrés y las características sociodemográficas de los residentes, sin embargo, existe una tendencia hacia la asociación al evaluarlo como una variable dicotómica comparado con el género, donde se obtiene un $p=0.06$.

En la tabla 6 se observa que dentro del grupo de residentes que presenta depresión leve, el 54.2% de ellos tienen edades comprendidas entre 24 a 30 años, el 61.1% son del sexo masculino, el 59.7% tienen la especialidad quirúrgica y el 45.8% pertenecen al primer año de residencia. No se encontró relación entre el grado de depresión y las características sociodemográficas de los residentes ($p>0.05$).

V. DISCUSIÓN

La información recabada reveló que los médicos residentes de un hospital de lima metropolitana Perú, presentan un porcentaje de 50.9% de ansiedad, lo que se asemeja al estudio realizado por Zhang et al (11), los cuales encontraron un valor 44.7 % de ansiedad en una población en China y a Luceño et al (13), el cual encontró un 58.6% de ansiedad en un población en España, siguiendo con lo expuesto se encontró que de los niveles de ansiedad el 43.5% presenta sintomatología leve, 5.6% moderado y 1.9% severo lo cual concuerda con valores encontrados en estudios similares como los presentados anteriormente esto, podría verse influenciado por el contexto vivenciado durante la pandemia por el COVID-19 lo cual sería manejado de manera similar en estas sociedades tan alejadas geográficamente puede ser explicado que debido a que desarrollan la labor de ser personal de salud y mantenerse en contacto directo con los pacientes representa una carga emocional que puede afectar de manera similar la salud mental a todo personal de salud en diversos lugares; esto en contraposición a estudios sobre ansiedad anteriores a la pandemia como el de Arias et al (20), que encuentra de un total de 162 médicos residentes, una prevalencia de 18% de ansiedad.

Asimismo, en la sintomatología de depresión se encontró un porcentaje de 50.9% de depresión, siendo a su vez un 33.3% de sintomatología leve, 13% moderada, 3.7% moderadamente severa y 0.9% severa esto se puede evidenciar en porcentajes similares en estudios realizados tanto en población china con Lai et al (12), como en estudios realizados en población peruana por Krüger et al (21), esto difiere a estudios anteriores a la pandemia como el desarrollado por Alva et al (22), donde

encontró un porcentaje de 14.6% de sintomatología depresiva en médicos residentes en un Hospital de Lima Perú.

Por otro lado, al evaluar los síntomas de estrés mediante la escala de impacto de evento revisada versión peruana encontramos un porcentaje de 70.4%, teniendo a su vez un 38% con TEPT parcial, 25.9% como un probable diagnóstico de TEPT y 6.5% con sintomatología de TEPT severa, siendo unos resultados similares a los encontrados por Lai et al (12), que tiene un 71.5% de una población de 1257 trabajadores de salud esto difiere de lo encontrado en población general en Perú 39.75% obtenido por Krüger et al (21), esta diferencia podría ser explicada debido a que al ser personal de salud y al realizar una labor asistencial en un hospital aumenta los síntomas de estrés presentados comparados con la población general que no realiza las mismas labores en un ambiente con alta carga de enfermedad como un hospital y que pese al levantamiento de las restricciones por la emergencia sanitaria por COVID-19 aún se mantiene latente la posibilidad de un nuevo rebrote y de las consecuencias que esta representa.

Siguiendo con la idea anterior, se evaluó la posible relación entre los distintos niveles de ansiedad, estrés y depresión con las variables demográficas ya establecidas; estas son expresadas en las tablas 4, 5 y 6 las cuales exponen del mismo modo un resultado donde no se aprecia un relación estadísticamente significativa debido a que los valores de p son mayores a 0.05, en contraste a lo encontrado por Pedraz et al (8) quienes evidenciaron una relación significativa entre la presencia y el nivel de estrés y depresión mediante el CPID y el PHQ 9 comparado con la edad y el género donde se observa que hay una mayor

significancia en participantes de menor edad y en el género femenino, así mismo, Mazza et al (23) utilizando una escala diferente (DASS-21) en una población italiana durante el año 2020 observó una relación significativa entre estrés, ansiedad y depresión con el género y con la edad coincidentemente con lo encontrado anteriormente por Pedraz et al (8).

Adicionalmente, en el estudio de Krüger et al (21), se encuentra una diferencia significativa entre los niveles de estrés, según el grado de educación de la población estudiada, es decir, entre menor grado de estudio que presenta la población estudiada mayor es el grado de severidad encontrada; por lo tanto, al ser el presente estudio realizado en una población con grado de educación superior similar, pese a ser muy distinta demográficamente no se encuentra diferencia estadísticamente significativa en la severidad del mismo.

VI. LIMITACIONES

El presente estudio presenta como principal limitación que al ser un estudio de carácter descriptivo no nos permite afirmar una asociación entre los resultados obtenidos en los distintos cuestionarios con las diferentes variables demográficas, así también no nos permite hacer una asociación directa con los sucesos ocurridos durante la pandemia por COVID-19 y las alteraciones en la salud mental encontradas en el presente estudio de los médicos residentes de un Hospital de Lima metropolitana.

Otra limitación importante encontrada en el presente estudio es que el número de participantes no es suficientemente grande para poder extrapolar estos resultados obtenidos hacia una población mayor o hacia una población de distintas características que las expuestas en este estudio.

VII. CONCLUSIONES

En conclusión, se encuentra una alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en los médicos residentes lo que concuerda con la encontrada en estudios descriptivos de mayor población en diversos países incluyendo Perú y similar a la encontrada en población general en cuanto a ansiedad y depresión, no obstante, en estrés difiere a la encontrada en la población general peruana.

Al analizar las posibles relaciones existentes entre la presencia de ansiedad, depresión y estrés o sus respectivos niveles con las características demográficas de la población estudiada no se encontró una relación estadísticamente significativa que sugiere una posible relación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda C, Ramos G. Principales pandemias en la historia de la humanidad. Rev. Cub Ped. 2020; volumen 92. Supl. especial: 1183-1185.
2. Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del COVID-19. Rev Med Hered. 2020; volumen 31: 125-131.
3. Organización Panamericana de la Salud. Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población [Internet] 2021 [Consultado 28 May 2022] Disponible en: <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-COVID-19-salud-mental-poblacion>
4. Ramirez J, Castro D, Lerna C, Yela F, Escobar F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Rev Col Anest [Internet] 2020 [Consultado el 3 Jun 2022] volumen 48 número 4 página 301. Disponible en: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
5. Confederación Salud Mental España. Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia. [Internet]. 2021. [Consultado 3 Jun 2022] Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-salud-mental-COVID-19/>
6. Organización Mundial de la Salud. /Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. [Internet].2018.[Consultado 3 Jun 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
7. Quesquén Mariely, Ordoñez Laura. Características de la evaluación psicológica realizada a los casos de Sars-Cov-2 en la Red Asistencia de Lambayaque, durante el estado de emergencia sanitaria 2020.[Internet] 2020 [Consultado el 3 Jun 2022] Titulación. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Chiclayo. 2021. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8239>
8. Pedraz-Petrozzi Bruno, Krüger-Malpartida Hever, Arevalo-Flores Martin, Salmavides-Cuba Trine, Anculle-Arauco Victor, Dancuart-Mendoza Mauricio. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2021 [Consultado 6 Jun 2022] ; volumen 50 Número 3 página 38-47. Disponible en: doi:[10.1016/j.rcp.2021.04.006](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.006)
9. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang B. La salud mental de los trabajadores médicos en Wuhan, China, que se enfrentan al nuevo coronavirus de 2019. [Internet] 2020 [Consultado 6 Jun 2022]. Volumen 7 número 3 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>
10. Urpeque Garcia Ricardo, Cortez Vidal Marilia Sibebe. Estado de Salud Mental en Personal de Salud frente al COVID - 19. Revista de Psicología [Internet]. 2022 [Consultado 9 Jun 2022], volumen 27 páginas: 81-94.

Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322022000100081&script=sci_arttext&tlng=es

11. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, Du H, Li R, Kang L, Su M, Zhang J, Liu Z, Zhang B. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry*. [Internet] 2020 [Consultado 3 jul 2022] volumen 11 página 306 – 315. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. [Internet] 2020 [Consultado 3 Jun 2022] volumen 3 número 3 artículo e203976. Disponible en: DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)
13. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [Consultado 22 Ago 2022] volume 17 número 15 artículo 5514. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155514>
14. Cruz-Almaguer A, Gutiérrez--Alvarez A, Zaldivar-Santos E. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *Rev Cub de Enf* [Internet]. 2020 [Consultad 22 May 2022]; volumen 36 número 2 artículo e3704 Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3704>
15. Alvarez Palacio CA, Toro Bermúdez JI. Impacto del COVID-19 en la salud mental: revisión de la literatura. *Repert. Med. Cir.* [Internet]. 2021 [Consultado 28 May 2022] volumen 30 páginas 21-29. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1180>
16. Decreto Supremo que deroga el Decreto Supremo N° 016-2022-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las circunstancias que afectan la vida y salud de las personas como consecuencia de la COVID-19 y establece nuevas medidas para el restablecimiento de la convivencia social, sus prórrogas y modificaciones. *El Peruano*. [Internet] 2022 [Consultado 7 Nov 2022]; Volumen 2119571 número 1 páginas 6-7. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-deroga-el-decreto-supremo-n-016-2022-pc-decreto-supremo-n-130-2022-pcm-2119571-1/>
17. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics: A measurement invariance

study across groups by demographic characteristics. PLoS ONE. [Internet] 2019 [Consultado 10 Jun 2022] volumen 14 número 9 artículo e 0221717 Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

18. Zhong QY, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al. Diagnostic validity of the generalized anxiety disorder - 7 (GAD-7) among pregnant women. PLoS One. [Internet] 2015 [Consultado 10 Jun 2022] volume 10 artículo: e0125096. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125096>.
19. Gargurevich R., Luyten P., Fils J., Corveleyn J. Factor Structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian Samples. *Depress Anxiety*. [Internet] 2009 [Consultado 10 Jun 2022] volumen 26 número 8 artículo e91-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19180584/>
20. Raúl Arias Ulloa, Eduardo Cuéllar Garrido, Maria del Carmen Rodríguez Juárez, Sandra Leticia González López, Mónica Collazo Muñoz, Saraí Yoselín Rubalcava López, Martha Elena Reyes Robles. Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes. *Lux Med*. [Internet] 2018 [consultado 2 FEB 2023]. volumen (16) número 47: página 1-12. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/486/4862106001/index.html>
21. Krüger-Malpartida H, Pedraz-Petrozzi B, Arevalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Effects on mental health after the COVID-19 lockdown period: Results from a population survey study in Lima, Peru. *Clin Med Insights Psychiatr* [Internet]. 2020; [Consultado 10 Dic 2022] volume 11 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1179557320980423>
22. Carlos Alva-Díaz, Wendy Nieto-Gutiérrez, Alvaro Taype-Rondán, Raúl Timaná-Ruiz, Percy Herrera-Añazco, David Jumpa-Armas, Seimer Escobedo-Palzae. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Rev Col Psiquiatr* [Internet] 2016 [consultado 2 FEB 2023]. volumen (50): página 22-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>
23. Mazza, C.; Ricci, E.; Biondi, S.; Colasanti, M.; Ferracuti, S.; Napoli, C.; Roma, P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet] 2020 [Consultado 10 Dic 2022] volumen 17 número 9 artículo 3165. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>

IX. TABLAS

Tabla 1.

TOTAL	N=216
GÉNERO	
Masculino	126(58.33%)
Femenino	90(41.67%)
EDAD	
24-30	136(63%)
31-35	68(31.4%)
36-40	12(5.5%)
ESPECIALIDAD	
Médico	153(70.8%)
Quirúrgico	63(29.2%)
AÑO DE ESPECIALIDAD	
Primero	98(45.4%)
Segundo	76(35.2%)
Tercero	34(15.7%)
Cuarto	8(3.7%)

Tabla 2.

	Ansiedad	Depresión	Estrés
Trastorno	N=110(50.9%)	N=110(50.9%)	N=152(70.4%)
No trastorno	N=106(49.1%)	N=106(49.1%)	N=64(29.6%)

Tabla 3.

Niveles de trastornos	N = 216
Nivel de ansiedad	
<i>Ansiedad Leve</i>	94.0 (43.5%)
<i>Ansiedad Moderada</i>	12.0 (5.6%)
<i>Ansiedad Severa</i>	4.0 (1.9%)
<i>No Ansiedad</i>	106.0 (49%)
Severidad de depresión	
<i>Leve</i>	72.0 (33.3%)
<i>Moderada</i>	28.0 (13.0%)
<i>Moderadamente severo</i>	8.0 (3.7%)
<i>Severa</i>	2.0 (0.9%)
<i>Ninguna</i>	106.0 (49.1%)
Nivel de estrés	
<i>TEPT parcial</i>	82.0 (38.0%)
<i>Probable diagnóstico de TEPT</i>	56.0 (25.9%)
<i>Sintomatología de TEPT severa</i>	14.0 (6.5%)
<i>No Estrés</i>	64.0 (29.6%)

Tabla 4.

Características	Total, N=216	Nivel de Ansiedad				p
		Ansiedad Leve, N = 94	Ansiedad Moderada, N = 12	Ansiedad Severa, N = 4	No Ansiedad, N = 106	
Rango de edad						0.3
<i>24 a 30 años</i>	136.0 (63.0%)	54.0 (57.4%)	9.0 (75.0%)	2.0 (50.0%)	71.0 (67.0%)	
<i>31 a 35 años</i>	68.0 (31.5%)	35.0 (37.2%)	2.0 (16.7%)	1.0 (25.0%)	30.0 (28.3%)	
<i>36 a 40 años</i>	12.0 (5.5%)	5.0 (5.4%)	1.0 (8.3%)	1.0 (25.0%)	5.0 (4.7%)	
Género						0.4
<i>Femenino</i>	90.0 (41.7%)	38.0 (40.4%)	3.0 (25.0%)	3.0 (75.0%)	46.0 (43.4%)	
<i>Masculino</i>	126.0 (58.3%)	56.0 (59.6%)	9.0 (75.0%)	1.0 (25.0%)	60.0 (56.6%)	
Especialidad						>0.9
<i>Clínica</i>	92.0 (42.6%)	40.0 (42.6%)	4.0 (33.3%)	2.0 (50.0%)	46.0 (43.4%)	
<i>Quirúrgica</i>	124.0 (57.4%)	54.0 (57.4%)	8.0 (66.7%)	2.0 (50.0%)	60.0 (56.6%)	
Año de residencia						0.9
<i>Primero</i>	98.0 (45.4%)	43.0 (45.7%)	5.0 (41.7%)	1.0 (25.0%)	49.0 (46.2%)	
<i>Segundo</i>	76.0 (35.2%)	31.0 (33.0%)	5.0 (41.7%)	2.0 (50.0%)	38.0 (35.8%)	
<i>Tercero</i>	34.0 (15.7%)	17.0 (18.1%)	1.0 (8.3%)	1.0 (25.0%)	15.0 (14.2%)	
<i>Cuarto</i>	8.0 (3.7%)	3.0 (3.2%)	1.0 (8.3%)	0.0 (0.0%)	4.0 (3.8%)	

Fisher's exact test

Tabla 5.

Características	Total, N=216	Nivel de Estrés				p
		Probable diagnóstico de TEPT, N = 56	Sintomatología de TEPT severa, N = 14	TEPT parcial, N = 82	No Estrés, N = 64	
Rango de edad						0.7
<i>24 a 30 años</i>	136.0 (63.0%)	35.0 (62.5%)	9.0 (64.3%)	49.0 (59.8%)	43.0 (67.2%)	
<i>31 a 35 años</i>	68.0 (31.5%)	18.0 (32.1%)	3.0 (21.4%)	28.0 (34.1%)	19.0 (29.7%)	
<i>36 a 40 años</i>	12.0 (5.5%)	3.0 (5.4%)	2.0 (14.3%)	5.0 (6.1%)	2.0 (3.1%)	
Género						0.13
<i>Femenino</i>	90.0 (41.7%)	18.0 (32.1%)	4.0 (28.6%)	35.0 (42.7%)	33.0 (51.6%)	
<i>Masculino</i>	126.0 (58.3%)	38.0 (67.9%)	10.0 (71.4%)	47.0 (57.3%)	31.0 (48.4%)	
Especialidad						>0.9
<i>Clínica</i>	92.0 (42.6%)	24.0 (42.9%)	6.0 (42.9%)	35.0 (42.7%)	27.0 (42.2%)	
<i>Quirúrgica</i>	124.0 (57.4%)	32.0 (57.1%)	8.0 (57.1%)	47.0 (57.3%)	37.0 (57.8%)	
Año de residencia						0.75
<i>Primero</i>	98.0 (45.4%)	25.0 (44.6%)	7.0 (50.0%)	37.0 (45.1%)	29.0 (45.3%)	
<i>Segundo</i>	76.0 (35.2%)	24.0 (42.9%)	3.0 (21.4%)	28.0 (34.1%)	21.0 (32.8%)	
<i>Tercero</i>	34.0 (15.7%)	6.0 (10.7%)	4.0 (28.6%)	13.0 (15.9%)	11.0 (17.2%)	
<i>Cuarto</i>	8.0 (3.7%)	1.0 (1.8%)	0.0 (0.0%)	4.0 (4.9%)	3.0 (4.7%)	

Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Tabla 6.

Características	Total, N=216	Severidad de Depresión					p
		Leve, N = 72	Moderada, N = 28	Moderadamente severo, N = 8	Severa, N = 2	Ninguna, N = 106	
Rango de edad							0.30
<i>24 a 30 años</i>	136.0 (63.0%)	39.0 (54.2%)	19.0 (67.9%)	5.0 (62.5%)	2.0 (100.0%)	71.0 (67.0%)	
<i>31 a 35 años</i>	68.0 (31.5%)	30.0 (41.7%)	6.0 (21.4%)	2.0 (25.0%)	0.0 (0.0%)	30.0 (28.3%)	
<i>36 a 40 años</i>	12.0 (5.5%)	3.0 (4.1%)	3.0 (10.7%)	1.0 (12.5%)	0.0 (0.0%)	5.0 (4.7%)	
Género							0.80
<i>Femenino</i>	90.0 (41.7%)	28.0 (38.9%)	13.0 (46.4%)	2.0 (25.0%)	1.0 (50.0%)	46.0 (43.4%)	
<i>Masculino</i>	126.0 (58.3%)	44.0 (61.1%)	15.0 (53.6%)	6.0 (75.0%)	1.0 (50.0%)	60.0 (56.6%)	
Especialidad							0.7
<i>Clínica</i>	92.0 (42.6%)	29.0 (40.3%)	12.0 (42.9%)	3.0 (37.5%)	2.0 (100.0%)	46.0 (43.4%)	
<i>Quirúrgica</i>	124.0 (57.4%)	43.0 (59.7%)	16.0 (57.1%)	5.0 (62.5%)	0.0 (0.0%)	60.0 (56.6%)	
Año de residencia							0.56
<i>Primero</i>	98.0 (45.4%)	33.0 (45.8%)	13.0 (46.4%)	3.0 (37.5%)	0.0 (0.0%)	49.0 (46.2%)	
<i>Segundo</i>	76.0 (35.2%)	24.0 (33.3%)	8.0 (28.6%)	4.0 (50.0%)	2.0 (100.0%)	38.0 (35.8%)	
<i>Tercero</i>	34.0 (15.7%)	14.0 (19.4%)	4.0 (14.3%)	1.0 (12.5%)	0.0 (0.0%)	15.0 (14.2%)	
<i>Cuarto</i>	8.0 (3.7%)	1.0 (1.5%)	3.0 (10.7%)	0.0 (0.0%)	0.0 (0.0%)	4.0 (3.8%)	

Fisher's exact test