



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE SICOLOGÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE
TRASTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, 2020.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA**

AUTORA : BACH. LUCY LILIA VALLADARES ROJAS

ASESOR : MGR. JUAN ALFONSO MÉNDEZ DEL AGUILA

IQUITOS – PERÚ

2022

Contáctanos:

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compañón 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

El Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

**“FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL
PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, 2020.”**

De los alumnos: **LUCY LILIA VALLADARES ROJAS**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **22% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 2 de febrero del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

DEDICATORIA

A dios:

Por darme la vida y por estar conmigo en todo momento, por haber puesto en mí camino personas maravillosas que han sido de gran bendición en mi vida.

A mi familia:

Mi querido padre César Valladares, y mi querido esposo Josué que me dieron su apoyo y amor incondicional. A ustedes les debo todo lo que soy, les debo mi vida entera y siempre serán mi fortaleza y mi motor.

LUCY LILIA VALLADARES ROJAS.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y la dicha de tener a mi familia, ser mi fortaleza, enseñarme que en la vida todo tiene un sentido, que todo es parte de un propósito y nunca me has dejado, descansa mi confianza sobre ti.

A mi padre, por haberme brindado la oportunidad de realizar este sueño y el inmenso apoyo que me brinda día a día.

A mi asesor, Mgr. Psic. Juan Alfonso Méndez por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de este Informe Final.

A mis docentes, que fueron fundamento en mi formación profesional, por ser mis guías y consejeros, por la paciencia, dedicación, enseñanzas y conocimientos brindados.

LUCY LILIA VALLADARES ROJAS.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Con **Resolución Decanal N° 185-2021-UCP-FCS, del 12 de Marzo del 2021**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación del Trabajo de Suficiencia Profesional a los señores:

 **Psic. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo, Mgr.** **Presidente**
 **Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros** **Miembro**

Como Asesor: **Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 10:00 a.m. horas, del día Viernes 28 de Mayo del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Psicología – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa del Trabajo de Suficiencia Profesional: **"FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2020"**.

Presentado por la sustentante: **LUCY LILIA VALLADARES ROJAS**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN PSICOLOGIA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

Respectivamente para posteriormente

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

Aprobado por mayoría

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


Psic. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo, Mgr.
Presidente


Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

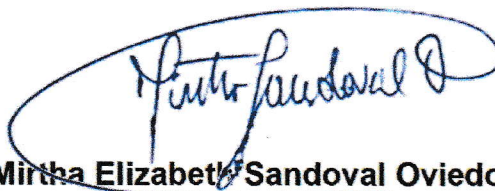
Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnon 933

V


Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

EL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL APROBADA EN SUSTENTACIÓN EL DÍA 28 DEL MES DE MAYO AÑO 2021, A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA ZOOM, SUPERVISADO POR EL SECRETARIO ACADÉMICO DEL PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA – FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERU.. EL ESTUDIO DENOMINADO: FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2020, SIENDO LOS SIGUIENTES MIEMBROS DEL JURADO:



Psic. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo, Mgr.
Presidente



Psic. Alfredo Veilillo Neyra Cisneros
Miembro



Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr.
Asesor

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice del Contenido	vii
Resumen	ix
Abstract	x
1. Introducción	11
2. Planteamiento del problema	32
3. Objetivos	33
3.1 Objetivo General	33
3.2 Objetivos específicos	33
4. Variables	34
5. Operacionalización de variables	35
6. Hipótesis	36
7. Metodología	38
7.1 Tipo y diseño de investigación	38
7.2 Población y muestra	40
7.2.1 Población	40
7.2.2 Muestra y muestreo	40
7.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	40
7.3 Técnicas e instrumentos	41

7.4	Proceso de recolección de datos	43
7.5	Análisis de datos	44
7.6	Consideración ética	45
8.	Resultados	46
9.	Discusión	66
10.	Conclusiones	69
11.	Recomendaciones	71
12.	Referencias Bibliográficas	74
13.	Anexos	79

RESUMEN

La presente investigación titulada “Factores de Riesgo y Prevalencia de Trastornos Mentales en el Personal del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020” Fue realizada por Bach. Psic. Lucy Lilia Valladares Rojas y tuvo como objetivo fundamental comprobar si existía relación significativa entre determinados factores de riesgo (edad, condición médica y cercanía al COVID) y la prevalencia de trastornos mentales en el personal del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto. El tipo de investigación asumido fue el descriptivo - explicativo, el nivel de la investigación fue el correlacional, el diseño de la investigación fue no experimental, el enfoque del estudio fue el cuantitativo y el corte temporal fue de tipo transversal. La muestra de la investigación estuvo conformada por 60 personas pertenecientes al personal del Servicio de Emergencia del mencionado centro hospitalario. Se aplicó un muestreo “no probabilístico” de tipo “criterial u opinático”, aplicando un “censo”. Para medir las variables consideradas en el estudio se aplicó a la muestra seleccionada un cuestionario de filiación para obtener las características socio demográficas de la muestra, entre ellas, el género, la edad, el tiempo de servicio en la institución, el estado civil, la condición laboral, la condición médica y la mayor o menor cercanía a pacientes COVID. Conjuntamente se aplicó el cuestionario Self-Reporting Questionnaire (Cuestionario de Autoinforme) – SRQ, diseñado por la Organización Mundial de la Salud para una evaluación rápida de posibles trastornos mentales (Ansiedad, Depresión, Trastorno Psicóticos, Trastornos Convulsivo y Alcoholismo). Los instrumentos, antes de su aplicación, fueron previamente validados por criterio de jueces y su confiabilidad se estableció utilizando la Prueba Alpha de Cronbach. Los resultados del estudio, en su parte descriptiva, constataron que la muestra, en general, presentaba niveles normales de Ansiedad, Depresión, Trastorno Psicóticos, Trastornos Convulsivo y Alcoholismo. Siendo la Depresión, la Ansiedad y el Alcoholismo los trastornos que se presentaban con mayor frecuencia aunque siempre dentro de un rango medio y bajo. En cuanto a los factores de riesgo se encontró que el grupo etario mayoritario era el que se ubicaba entre los 39 – 48 años. En cuanto a condición médica pre mórbida se apreció que el 11.7% de la muestra estuvo conformada por personas diabéticas, siguiéndole la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión. El 35%, de la muestra no presentaba enfermedad sistémica. Los trastornos mentales que presentan mayores frecuencias de ocurrencias, aunque siempre dentro de rangos medios y bajos fueron: Ansiedad, Depresión y Alcoholismo. En cuanto a la relación entre los factores de riesgo considerados en el estudio (Grupo Etario, Condición Médica y Cercanía al COVID 19) y los Trastornos Mentales considerados Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos-SRQ (Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicóticos, Trastornos Convulsivos y Alcoholismo) se encontró entre todos ellos relaciones muy leves que no llegaron a ser, en ninguno de los casos, estadísticamente significativas, por lo que no se comprobaron estadísticamente las hipótesis planteadas.

Palabras claves: Factores de Riesgo, Trastornos Mentales, COVID.

ABSTRACT

The present investigation entitled "RISK FACTORS AND PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE PERSONNEL OF THE EMERGENCY SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF LORETO" It was carried out by Bach. Psic. Lucy Lilia Valladares Rojas and its main objective was to verify if there was a significant relationship between certain risk factors (age, medical condition and proximity to COVID) and the prevalence of mental disorders in the personnel of the Emergency Service of the Regional Hospital of Loreto. The type of research assumed was descriptive - explanatory, the research level was correlational, the research design was non-experimental, the study focus was quantitative, and the temporal cut-off was cross-sectional. The research sample consisted of 60 people belonging to the staff of the Emergency Service of the mentioned hospital. A "non-probabilistic" sampling of the "criterial or opinion" type was applied, applying a "census". To measure the variables considered in the study, an affiliation questionnaire was applied to the selected sample to obtain the socio-demographic characteristics of the sample, including gender, age, length of service in the institution, marital status, work condition, medical condition and greater or lesser proximity to COVID patients. The Self-Reporting Questionnaire - SRQ, designed by the World Health Organization for a rapid assessment of possible mental disorders (Anxiety, Depression, Psychotic Disorder, Seizure Disorders and Alcoholism) was jointly applied. The instruments, before their application, were previously validated by judges' criteria and their reliability was established using Cronbach's Alpha Test. The results of the study, in its descriptive part, confirmed that the sample, in general, had normal levels of Anxiety, Depression, Psychotic Disorder, Seizure Disorders and Alcoholism. Being Depression, Anxiety and Alcoholism the disorders that occurred most frequently although always within a medium and low range. Regarding risk factors, it was found that the majority age group was between 39-48 years. Regarding pre-morbid medical condition, it was observed that 11.7% of the sample was made up of diabetic people, followed by obesity, sedentary lifestyle and hypertension. 35% of the sample did not present or did not present systemic disease. The mental disorders with the highest frequencies of occurrences, although always within the medium and low ranges, were: Anxiety, Depression and Alcoholism. Regarding the relationship between risk factors considered in the study (Age Group, Medical Condition and Closeness to COVID 19) and the Mental Disorders considered Psychiatric Symptom Self-Report Questionnaire-SRQ (Anxiety, Depression, Psychotic Disorders, Seizure Disorders and Alcoholism), very mild relationships were found among all of them which were not, in any of the cases, statistically significant, so the hypotheses raised were not statistically verified.

Keywords: Risk Factors, Mental Disorders, COVID.

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia del coronavirus afecta física y mentalmente a una gran cantidad de personas por lo que se requiere la atención asistencial de tipo psicológico e incluso psiquiátrico. Particularmente el personal que atiende a las personas afectadas por el COVID 19 está expuesto a una situación que implica largas horas de trabajo intenso, temor constante a la infección, temor e incertidumbre frente a la constatación de las limitaciones del sistema de salud (carencias, y obsolescencias), situaciones que producen altos niveles de estrés.

El trabajo hospitalario en situación de pandemia puede afectar la salud mental del personal sanitario, ocasionando sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros que pueden generar ansiedad, depresión, desmotivación y desesperanza, condiciones que perjudican gravemente la eficacia y eficiencia de la atención hospitalaria.

Por esta razón, el cuidado de la salud mental del personal de la salud es una tarea fundamental para lograr una adecuada atención de la población en el contexto de la pandemia de COVID-19 y, en este sentido deben realizarse estudios destinados a esclarecer cómo afecta este tipo de trabajo al personal hospitalario.

La pandemia del coronavirus COVID-19 y las medidas restrictivas para su contención, han generado –por ellas mismas aparte de los efectos psicológicos directos del COVID- cambios abruptos y drásticos en los estilos de vida de la población peruana. Con la implementación del estado de emergencia nacional y la cuarentena ocurrió el cierre de colegios, universidades, empresas y espacios de encuentro social masivos, ocasionando falta de estímulos, aislamiento, privación sensorial, pérdida repentina de lazos emocionales directos con personas, amigos, compañeros de estudios, de trabajo, y la interrupción de servicios

psicosociales y de salud, afectando en mayor grado a las poblaciones vulnerables como las niñas, niños y adolescentes.

En este contexto, es fundamental contribuir a la reducción del impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en la población afectada, familias y comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Por esta razón, compete a los profesionales de salud, establecer los criterios técnicos y procedimientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental de la población, en pacientes con COVID-19 y sus familiares, así como de la población en situación de vulnerabilidad.

Los trastornos mentales son frecuentes en todas las regiones del mundo y contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura. En los estudios epidemiológicos basados en la comunidad, se ha estimado la prevalencia en adultos de estos trastornos entre 12 y 48 % a lo largo de la vida y, en los últimos 12 meses, se calcula que, aproximadamente, el 27 % de la población europea adulta está afectada por al menos un trastorno mental; el 17 % de esta población sufre de adicciones, o de trastornos afectivos, ansiosos o psicóticos. Los estudios epidemiológicos también han demostrado que el 14 % de la carga global de enfermedad medida en años de vida ajustados por enfermedad (Disability Adjusted Life Years, DALY) puede atribuirse a los trastornos mentales. Aproximadamente, el 30 % de la carga total de las enfermedades no infecciosas se debe a estos trastornos y este porcentaje puede aumentar en países de bajos y medianos ingresos. En Europa, los trastornos neuropsiquiátricos dan cuenta del 35 % de la carga global de enfermedad y se estima que dan cuenta del 27 % de los DALY, con un impacto mayor que el de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Gran parte de los problemas mentales afectan a los jóvenes. La edad promedio de inicio es de 11 años para los trastornos de ansiedad y control de impulsos, de 20 años para los trastornos por sustancias y de 30 años para los trastornos afectivos. La mitad de los trastornos mentales empiezan

en promedio a los 14 años y, el 75 %, a los 24 años. Además de la edad, se han descrito otros factores asociados con la aparición de diferentes trastornos mentales. Al considerar las variables económicas, se observa que, incluso en los países más desarrollados, los periodos de recesión se asocian con un detrimento de los problemas de salud mental de la población. La vulnerabilidad económica suele afectar más a los hombres que a las mujeres e incrementa principalmente la prevalencia de cuadros depresivos, ideación suicida e intentos de suicidio. El sexo también marca diferencias en la epidemiología de los trastornos mentales. En general, el riesgo de tener cualquier trastorno mental es significativamente mayor en mujeres que en hombres. El riesgo de depresión y de trastornos de ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, según diferentes estudios llevados a cabo en múltiples países. En un estudio nacional realizado en Japón, se encontró que, aunque la prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida fue mayor en hombres y adultos, la persistencia de cualquier trastorno mental fue mayor en mujeres y jóvenes.

En Colombia, se han llevado a cabo cuatro encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997, 2003 y 2015), en las que se recolectó información acerca de la salud mental, los factores relacionados, los trastornos psiquiátricos y su atención. La última de estas fue la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y a ella pertenecen los datos más recientes sobre la epidemiología de los problemas de salud mental en el país. En Colombia, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población adulta es de 9,1 %, para los últimos 12 meses es de 4, % y para los últimos 30 días es de 1,6 %. Estos datos muestran una prevalencia menor a la reportada en estudios en otros países.

Los padecimientos por enfermedad mental son de suma importancia para la sociedad, debido a que afectan a la población en su totalidad, afectando a nivel internacional a 450 millones de personas aproximadamente. Uno por cada cuatro personas padece uno o más de aquellos trastornos a lo largo de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos abarcan diversos tipos

de patologías siendo las más frecuentes la depresión, los trastornos debido al uso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta descrita como un estado de bienestar que brinda al ser humano la capacidad de formar sus habilidades, afrontar al estrés diario, trabajar de manera eficaz y fructífera, y ejercer una contribución significativa a su sociedad. En Latinoamérica, la enfermedad mental representa el 8,2 % de la carga de enfermedad, siendo la depresión uno de los trastornos neuropsiquiátricos que contribuyen en su mayoría.

En el Perú, los problemas mentales alcanzan a más de un tercio de la población; tanto en la ciudad de Lima (capital) como en las ciudades de la zona andina sufren en alguna etapa de su vida algún trastorno mental. Casi una quinta parte de los limeños y la sexta parte de la población sierra padece un episodio de depresión. Mientras que los trastornos de ansiedad, alcanzan a la cuarta parte de la población limeña y a poco más de la quinta parte de los pobladores de sierra en alguna etapa de su ciclo vida. Sin embargo, los trastornos psicóticos, representa el 1% y 0,3% en los limeños y habitantes de las ciudades de la sierra, respectivamente. Por último, el trastorno de estrés postraumático es significativamente más frecuente en las ciudades de la sierra.

Una creciente carga de trastornos mentales que afecta a la población de América latina es constatada en diferentes estudios y crea una necesidad de conocer con mayor exactitud la presencia de los mismos en nuestra población. Se ha estudiado por tres ocasiones en la ciudad de Quito, la prevalencia de los trastornos mentales, obteniendo como resultado que el 50,1% de encuestados presentó uno o más trastornos mentales. Dicho antecedente alarmante, nos lleva a preguntarnos sobre la presencia de trastornos mentales en el personal de salud, quienes se encuentran en un ambiente de trabajo que conlleva una carga horaria extendida, exceso de trabajo, contacto físico y emocional cercano. Al hablar del ambiente hospitalario, hablamos de un ambiente que se convierte en un factor de

estrés, el mismo que puede estar afectando a la salud mental de los trabajadores.

Bautista Sánchez (Perú, 2020) ejecutó un estudio con el objetivo de determinar el estado de salud mental por dimensiones según sexo, edad y grupo ocupacional; y describir los factores sociodemográficos en trabajadores de un hospital de Ferreñafe, categoría II-1, de septiembre a diciembre, 2019. Participaron 133 trabajadores de ambos sexos que conforman el personal administrativo, técnico y de salud. Este estudio fue de tipo no experimental, descriptivo; se utilizó el instrumento: Cuestionario de Salud General de David Goldberg (GHQ-28) adaptada en 1979. Para el presente estudio se calculó la validez con un valor entre ,10 y ,90, en la de ansiedad e insomnio un ,66 y ,97, en disfunción social ,29 y ,58 y en depresión severa ,63 y ,98; y una confiabilidad de ,83 a nivel de escala general en una población similar a la de este estudio. Los resultados mostraron que, los trabajadores en general que presentan afectaciones en su salud mental, se ubicaron en la dimensión de ansiedad e insomnio (17%), seguida de síntomas somáticos (16%). Los trabajadores de sexo femenino que presentaron afectaciones fueron más frecuentes en la dimensión de síntomas somáticos (25%) mientras que, los trabajadores de sexo masculino se ubicaron en la dimensión de ansiedad e insomnio (20%). En cuanto a la edad, la mayoría de los trabajadores pertenecientes a la adultez intermedia fueron los que presentaron afectaciones en la dimensión de ansiedad e insomnio (34%) seguida de disfunción social (28%); sin embargo, los trabajadores de la adultez temprana mostraron menos afectaciones en la dimensión de síntomas somáticos (14%) y en ansiedad e insomnio (10%). Con respecto al grupo ocupacional, el personal de salud mostró mayor afectación en la dimensión de ansiedad e insomnio (26%), en síntomas somáticos (16%) y en disfunción social (14%).

Rado (Perú, 2020), realizó un estudio con el objetivo de determinar la asociación de los factores psicosociales laborales y el Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de

Mayo, Lima 2020; para la investigación se siguió una metodología descriptivo correlacional de tipo básico, de diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 60 profesionales de Enfermería, se aplicó dos tipos de instrumentos, el primero para medir los factores psicosociales “Factores psicosociales en el trabajo” y el segundo, para el Síndrome de Burnout “MBI”. Los resultados permitieron evidenciar que los factores psicosociales se asocian con el síndrome de Burnout ($Rho=0.551$, $p=0.000$); además que las dimensiones de factores psicosociales: condiciones del lugar de trabajo ($Rho=0.534$, $p=0.000$), carga de trabajo ($Rho=0.394$, $p=0.0002$), contenido y características de trabajo ($Rho=0.306$, $p=0.017$), exigencias laborales ($Rho=0.608$, $p=0.000$) y capacitación y desarrollo de la carrera ($Rho=0.258$, $p=0.046$) se asocian con el Síndrome de Burnout; sin embargo para las dimensiones interacción social y estructura organizacional ($Rho=0.130$, $p=0.322$) satisfacción de remuneración por el rendimiento ($Rho=0.243$, $p=0.061$) no se evidencia asociación significativa, existe una asociación significativa entre los factores psicosociales laborales y el Síndrome de Burnout, en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima.

Peñaloza & Marcillo (Ecuador, 2020), desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en médicos posgradistas de la especialización de Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el segundo semestre del 2019. Se realizó un estudio mixto, cuantitativo: de tipo transversal con alcance exploratorio y un cualitativo; con análisis de discurso, con una muestra de 79 médicos del posgrado de Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Los datos fueron recolectados aplicando encuestas validadas para conocer la calidad de vida, depresión, ansiedad y riesgo suicida. Se utilizó los programas: Epi Info para la realización de las pruebas y el programa SPSS para la tabulación de los datos mediante estadística descriptiva e inferencial. Se garantizó la confidencialidad de los datos y no hubo riesgo

para los participantes. Resultados: El promedio de edad de los médicos posgradistas fue de 31.04 ± 2.28 , 57% (n=45) fueron hombres, 30.4% (n=24) viven solos y 49.9% (n=39) están solteros. El posgrado es autofinanciado por 30.2% (n=31) por los residentes y principalmente recibe apoyo de los padres 38.7% (n=12). Hay un alto consumo de tabaco 54.4% (n=43), alcohol 81% (n=64), cannabis 19% (n=15), tranquilizantes 11.4% (n=9) y en menor porcentaje anfetaminas, opiáceos y cocaína. La prevalencia de depresión fue de 21.5% (n=17), ansiedad baja 71.2% (n=57), moderada 21.5% (n=17), severa 6.3% (n=5). Un total de 10.1% (n=8) de posgradistas tienen riesgo suicida. El Burnout estuvo presente en 31.6% (n=25) residentes. La calidad de vida de manera general es mala 20.3% (n=16), buena 57% (n=45) y muy buena 22.8% (n=18). La edad OR 2.78 (1.01-7.72), $p=0.045$ y el año de residencia OR 3.78 (1.23-11.63), $p=0.016$ se asociaron con la ansiedad. Se determinó como principales fortalezas del posgrado el mejorar los conocimientos 26.6% (n=21), la aplicación de protocolos y trabajo en equipo 20.3% (n=16) el desarrollo de habilidades y destrezas, así como la práctica hospitalaria con un 10.1% (n=8) respectivamente, como debilidades del posgrado se determinó: desorganización 36.7% (n=29), falta de docentes 16.5% (n=13), exceso de rotaciones privadas así como la falta de remuneración y falta de investigación 12.7% (n=10) respectivamente. Consideraron también que el posgrado ha contribuido a mejorar sus conocimientos 32.9% (n=26) y actualización dentro del campo médico 29.1% (n=23), teniendo como perspectiva a futuro una estabilidad laboral 27.8% (n=22) y mejores posibilidades de trabajo 26.6% (n=21), un 30.4% (n=24) consideraron la organización del posgrado como regular. A pesar de que la calidad de vida es buena en la mayoría de posgradistas existe una alta frecuencia de consumo de sustancias, y trastornos como depresión, ansiedad y burnout.

Pujada, Pérez & García (España, 2020), ejecutaron un estudio con el objetivo de analizar la relación del estrés generado y el grado de control percibido en personal de emergencias con las variables sexo, edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad y, a su vez, comparar estos

resultados con los datos baremados del Inventario de Respuestas de Afrontamiento en Adultos (CRI-A) en población general española. En el estudio participaron 120 profesionales y voluntarios de diferentes instituciones civiles y militares del área de emergencias. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la escala baremada sobre estrés y control percibido del inventario CRI-A mediante la representación mental de una situación extrema. Ninguna de las variables sociodemográficas obtuvo diferencias significativas con relación a la intensidad de estrés generado. Respecto al grado de control percibido, los hombres reportaron mayores puntuaciones promedio que las mujeres. En la comparación de ambas muestras, el personal de emergencias mostró diferencias significativas respecto a la población española en general, con menores puntuaciones medias en el nivel de estrés y también en el grado de control percibido. Ante la controversia encontrada en la bibliografía respecto al sexo y al estrés generado y al grado de control percibido, la evidencia muestra diferencias en favor de los hombres. En consecuencia, se propone que se implemente formación en gestión emocional y percepción del riesgo. En cuanto a las diferencias encontradas respecto a la población general, también se propone que se establezcan planes de educación en emergencias.

Londoño, Redondo & Velásquez (Chile, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad y depresión en el personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander, ante la emergencia sanitaria del COVID-19 (enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente). El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, donde se utilizó instrumentos como el IDER y AMAS-A encargados de recolectar información. Los resultados obtenidos en la investigación evidenciaron una ansiedad promedio, y no se encontraron niveles clínicamente significativos de depresión, pero dada la comorbilidad de estos trastornos se recomienda implementar los programas que tiene previstos el ministerio y técnicas como el mándala y Mindfulness que ayudan prevenir síntomas de ansiedad y depresión.

Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera (Chile, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de determinar las prevalencias de depresión, ansiedad, insomnio, angustia y fatiga compasiva, así como factores relacionados con la presencia de síntomas asociados a estos trastornos en el personal sanitario. Para ello, se encuestó en línea a 126 profesionales de la salud de Paraguay, de los cuales el 83% eran mujeres, con una edad promedio en la muestra total de 32 años. Se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio, IES-R para angustia y el módulo de fatiga por compasión de ProQOL - CSF-vIV. Se encontró que los porcentajes de participantes que informaron síntomas clasificados como moderados y graves fueron 32,2% para depresión, 41,3% para ansiedad, 27,8% para insomnio, 38,9% para angustia y 64,3% para fatiga por compasión. Además, las mujeres y los jóvenes tenían un mayor riesgo de presentar síntomas. Los datos aportan evidencia de la necesidad de establecer estrategias de prevención o intervención para hacer frente a los problemas de salud mental en los profesionales de la salud.

Cuartas, Cano, López & Quintero (Colombia, 2018), presentaron un estudio con el objetivo de caracterizar los trastornos del estado de ánimo en cuidadores de la salud pertenecientes a una institución de salud de tercer nivel de Colombia, realizaron un estudio descriptivo a cuidadores de salud que desempeñaban su labor en la institución y que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, fueron remitidos a consulta psiquiátrica. Algunos de los participantes realizaron una evaluación de pertinencia y efecto de esta iniciativa. 48 cuidadores de salud hicieron parte del estudio, dentro de los cuales se encontraban enfermeras profesionales (8.3%), auxiliares de enfermería (81.3%) y camilleros (10.4%). Derivado de la consulta psiquiátrica el 70.1% de la población fue diagnosticada con algún trastorno depresivo, siendo la depresión grave sin síntomas psicóticos el diagnóstico más frecuente. Las condiciones propias de las labores desempeñadas pueden constituir factores de riesgo para la salud mental en esta población. Iniciativas institucionales como la presentada en este

estudio, permiten hacer una caracterización del problema y desarrollar estrategias enfocadas en la resolución del mismo.

Solís, Zamudio, Matzumura & Gutiérrez (Perú, 2016), desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre clima organizacional y Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia de un Hospital Categoría III-2. Estudio cuantitativo, prospectivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 43 profesionales de enfermería, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para el análisis y estudio de las variables, se utilizó la escala de Rensis Likert y Maslach Burnout Inventory. El clima organizacional fue nivel medio (81.4%) seguido de un nivel alto (18.6%) y el Síndrome de Burnout corresponde a nivel bajo (86%) y nivel medio (14%). La relación entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout fue baja ($\rho = -0.11$). En el servicio de emergencia, el nivel de clima organizacional fue medianamente favorable con ausencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería. No existe relación significativa entre ambas variables.

Padilla Jiménez (México, 2016), realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de los trastornos mentales e identificar las asociaciones de los mismos con las condiciones de la vida laboral del personal de una unidad de salud". Los objetivos específicos se refieren a la descripción de los principales trastornos mentales que presentan los trabajadores de salud de acuerdo a factores como, su profesión, su antigüedad laboral y su tipo de contrato laboral. Se trata de un estudio observacional y de asociación, su fuente de información fue la entrevista neuropsiquiátrica internacional. Los resultados exponen la información recabada, que permitió determinar una prevalencia 34.6% de trastornos mentales en los trabajadores de la unidad de salud, encontrando que no hubo asociación con las condiciones de vida laboral estudiados. Las conclusiones destacan que los trastornos mentales tiene una prevalencia considerable siendo el riesgo de suicidio el más importante, por lo que

existe la necesidad de realizar algunas estrategias, que permitan mejorar el estado de salud mental de estos profesionistas.

Moreno & García (Barcelona, 2015), realizaron un estudio con el objetivo de conocer la morbilidad mental poblacional de origen laboral y corregir el riesgo psicosocial de los casos notificados, mediante estudio piloto en un Centro de Salud Mental se identificaron los trastornos mentales comunes de origen laboral y se estimó la incidencia poblacional. Posteriormente describimos los casos notificados desde centros de salud, entre los años 2009 y 2012 adheridos al sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional. Calculamos incidencias por variables sociolaborales. Se contrasta la asociación entre variables (χ^2), Razones de Prevalencia (RP) y concordancia de riesgos (índice Kappa). Se describe la comunicación de los casos a los Servicios de Prevención y su actuación. En el estudio piloto el 17,5% de los trastornos fueron de origen laboral (7,2 por 1000 trabajadores/año). De los casos notificados se observa mayor incidencia en actividades económicas feminizadas, servicios y ocupaciones menos cualificadas. El 70% de los casos derivan de conductas hostiles y el 14,2% de factores organizativos. El 83,2% cursa con incapacidad temporal. Los directores-gerentes tienen mayor riesgo de sufrir acoso (RP 3,92 IC95% 2,35-6,53) que otros riesgos. En conjunto el 20% de los casos termina en despido, con mayor frecuencia en supuestos de maltrato o acoso moral (RP 1,64 IC95% 1,24-2,16). Es necesario implementar sistemas de notificación y programas preventivos de los trastornos mentales comunes de origen laboral, especialmente en los trabajadores con perfiles de mayor riesgo.

Piazza & Fiestas (Perú, 2014), ejecutaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia anual de 18 trastornos mentales según, sus correlatos sociodemográficos y la frecuencia de utilización de servicios de salud mental de la población de 18 a 65 años de edad, residente en áreas urbanas de cinco ciudades del Perú. El Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM) en Perú utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSMIV y el CIE-10. Se

realizó con una muestra probabilística multietápica en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Chiclayo entre julio del 2004 y diciembre del 2005. La prevalencia de trastornos mentales en los últimos doce meses, fue de 13,5% siendo más frecuentes los de ansiedad (7,9%), estado de ánimo (3,5%), control de impulsos (3,5%) y uso de sustancias (1,7%). Las personas viudas, separadas y divorciadas evidenciaron mayor riesgo de presentar un trastorno en el último año que los casados o convivientes. Solo 32,8% de quienes presentaron trastornos severos de salud mental en los últimos 12 meses recibieron algún tipo de tratamiento; entre quienes presentaron trastornos moderados 18,1%; y entre quienes presentaron trastornos leves, 15,4%. Conclusiones. Más de 13 de 100 peruanos han presentado un trastorno de salud mental en el último año. La magnitud de los trastornos de salud mental y la brecha de atención pone en evidencia la urgente necesidad de dirigir atención y recursos hacia la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales en el Perú.

Chávez Buitrón (Ecuador, 2014), desarrolló un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo psicosocial en el personal de salud del servicio de Emergencias de HEG, en el mes de diciembre del año 2014. Se realizó un estudio de Cohorte Transversal. La muestra estuvo conformada por el universo cautivo del personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés que cumplió con los criterios de inclusión (95 participantes). El instrumento utilizado en esta investigación fue el Cuestionario de valoración de riesgos Psicosociales de Copenhagen modificado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (COPSOQ-istas 21, Anexo 2). Los datos se analizaron mediante el Software propio del método (CopsoQ istas 21 versión 2.0.15.1). Se compararon variables como el grupo de trabajo y el sexo con las diferentes dimensiones de Exposición Psicosocial y con los grupos control suministrado por el método COPSOQ-istas, finalmente se realizó un reporte basado en la información general recogida mediante los cuestionarios para evaluar el perfil general de Salud mental, Stress, Salud General y riesgo de presentar Síndrome de Burnout. Las dimensiones de exposición psicosocial

que se encuentran en el tercil más desfavorable para la salud del trabajador del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, representando factores de riesgo para la salud según el método COPSQ-istas 21 son en orden de frecuencia Ritmo de trabajo (100%), Conflicto de rol (72%), Exigencias emocionales (71.4%), Exigencias cuantitativas (68.8%), Exigencias a esconder emociones (57.9%), Doble presencia (55.6%) e Inseguridad sobre las condiciones de trabajo (53.8%), las dimensiones psicosociales que se encuentran en el tercil más favorable para la salud del trabajador, representando factores protectores son en orden de frecuencia Sentido del trabajo (92.6%), Posibilidades de desarrollo (88.2%), Confianza Vertical (79.6%), Reconocimiento (82.8%) y Justicia (69.9%). La percepción propia del estado de salud del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés fue buena y la respuesta mejoró de acuerdo al rango de edad mayor. El estado de Salud Mental del personal del Servicio de Emergencias del Hospital General Enrique Garcés se situó principalmente en el tercil medio en los diferentes rangos de edad, pudiendo ser interpretado como “Bueno”. El riesgo de padecer síndrome de Burnout es mayor en mujeres, siendo un riesgo bajo al igual que para el resto del personal. Los factores de riesgo encontrados por el presente estudio son comunes en los servicios de salud, sin embargo el servicio de emergencias del Hospital Enrique Garcés cuenta también con un nivel de Salud Mental bueno y varios factores psicosociales protectores lo cual le habilita la implementación de medidas preventivas eficaces.

Marco conceptual: Factores de Riesgo, Prevalencia y Trastornos Mentales

Factores de riesgo

Según la OMS (2020) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe

citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento, la diabetes, ciertos estilos de vida y la falta de higiene.

Epidemiológicamente un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor (2019). Hay que diferenciar los factores de riesgo de los factores pronóstico, que son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente. Existe también marcadores de riesgo que son características de la persona que no pueden modificarse (edad, sexo, estado socioeconómico, etc.). Hay factores de riesgo (edad, hipertensión arterial, etc.) que cuando aparece la enfermedad son a su vez factores pronóstico (mayor probabilidad de que se desarrolle un evento).

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad. El estudio epidemiológico que mejor identifica un factor de riesgo es un estudio prospectivo como el estudio de cohortes. El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber (1961) en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico. Un factor de riesgo, es aquello que aumenta las posibilidades de que el riesgo se produzca, lo que no implica que necesariamente acontezca.

Es una expresión usada en Medicina, desde el año 1961, cuando por primera vez la utilizó el investigador, Thomas Dawber, que se aplica a aquellas circunstancias que aumentan las oportunidades de que una enfermedad se desencadene o se provoque un daño o lesión; o sea que quienes tienen factores de riesgo tienen mayores chances de contraerlas o sufrirlas.

1. Concepto de prevalencia

Tapia (1994) afirma que prevalencia podría entenderse etimológicamente como la cualidad de algo que prevalece, o expresar el grado de algo que es frecuente. Por otro lado Moreno, López y Corcho (2000) afirman que prevalencia es una proporción que indica la frecuencia de un evento. En general se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado.

Concepto de trastorno mental

El Ministerio de Salud (2008) define a las personas que padecen trastorno mental como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”. (p. 24).

La Depresión

Alberdi (2006) afirma que depresión es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento, en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, impotencia frente a las exigencias de la vida.

Según la revista AUGE (2013) la depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se manifiesta a partir de una serie de síntomas, que

incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de angustia. Por otro lado según connotados especialistas en el tema señalan que la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor, en el que predominan los síntomas afectivos como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, y sensación subjetiva de malestar, además de manifestar impotencia frente a las exigencias de la vida.

La edad promedio de aparición del trastorno depresivo se da en promedio a partir de los 35 años esta edad promedio parece estar disminuyendo, siendo un descubrimiento preocupante que la incidencia de depresión y el consiguiente suicidio parecen estar incrementándose de manera regular. Klerman y Weissman (1989) publicaron un estudio sobre personas de cinco ciudades distintas de Estados Unidos, el cual revela un riesgo altamente creciente de desarrollo de depresión en los estadounidenses más jóvenes. Entre los nacidos antes de 1905, solo un 1% había desarrollado la depresión a los 75 años de edad, de los nacidos a partir de 1955, el 6% se había deprimido a los 24 años. La duración de los episodios depresivos es variable, algunos duran dos semanas; en casos más graves, podría durar varios años, con la duración promedio del primer episodio de 6 a 9 meses si no hay tratamiento.

La Ansiedad

Puede definirse como la anticipación de un daño o desgracia acompañada de un sentimiento de disforia o sensación desagradable, o de síntomas somáticos de tensión. Habitualmente se manifiesta como una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal, ante determinadas situaciones, y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, por ello cierto grado de ansiedad es incluso deseable, para el manejo normal de las exigencias día a día. Pero cuando sobrepasa cierta intensidad, o supera la

capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan al plano físico, mental y conductual. La ansiedad presenta un lado positivo ya que impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual de la persona. Liddell (1949) fue el primero en proponer esta idea denominando a la ansiedad la “sombra de la inteligencia”, pensaba que la capacidad humana de planear con cierto detalle el futuro se relaciona con esa sensación persistente de que las cosas pueden salir mal y que debemos estar mejor preparados para ellas. Barlow (2002) precisa que las reacciones de miedo y de ansiedad difieren psicológica y fisiológicamente entre las diferentes personas. La ansiedad se diferencia del miedo en que éste último se presenta ante una causa objetiva, real que lo justifica. La ansiedad es un estado de zozobra ante una causa o factor no precisable con detalle y que se caracteriza por una aprensión incontrolable.

La Psicosis

Para el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2009) se denomina psicosis a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones básicas que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos. Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de psicosis son relativamente bajas (aproximadamente 15.2 por 100.000 habitantes al año). Sin embargo, es uno de los problemas de salud mental que más contribuye a la carga global de enfermedades, tanto por su inicio a temprana edad como por el elevado porcentaje de persistencia de trastorno a lo largo de la vida y las incapacidades más o menos perdurables que provoca.

El Trastorno Convulsivo

La expresión trastorno convulsivo o simplemente crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una variedad de disfunciones cerebrales súbitas o repentinas que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de comportamiento. Según MINSAL (2009) la epilepsia o trastorno convulsivo se define como una alteración que afecta al Sistema Nervioso Central, específicamente la corteza cerebral y que se manifiesta clínicamente como eventos discontinuos denominados "crisis epilépticas". Es una afección neurológica crónica, de alta frecuencia, de manifestación episódica y de diversa etiología. Se estima que afecta a 50 millones de personas en el mundo. Para el Ministerio de Salud en Chile MINSAL (2009) los datos de prevalencia son de 17 a 10.8 por mil habitantes y la incidencia de 114 por 100.000 habitantes por año. En relación a la incidencia acumulativa, que es el riesgo individual de desarrollar epilepsia en un tiempo determinado, en Chile, así como en el resto de Latinoamérica, esta información es desconocida.

Los trastornos convulsivos se caracterizan por presentar episodios de ausencias, movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas, pérdida del conocimiento o conciencia, síntomas cognitivos o emocionales, como miedo, ansiedad.

El Alcoholismo

Se define al alcoholismo como una enfermedad primaria y crónica en cuyo desarrollo y manifestaciones clínicas influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad es a menudo progresiva y fatal. Se caracteriza por la falta de control en el consumo (continuo o intermitente) de alcohol, la ingestión de licor a pesar de la preocupación por hacerlo y por sus consecuencias, así como por trastornos en el razonamiento que a menudo llevan a una conducta de negación sobre el consumo real. Según Guardia, Jiménez, Pascual, Flores y Contel (2007) el alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe

a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica. Las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol. Por otro lado Guzmán (2007) estima que aproximadamente el 50% de la población adulta a nivel mundial consume alcohol, pues los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de México (2012), reporto que el 55.6% de la población mayor de 18 años ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, asimismo, se observan incrementos dramáticos en el índice de consumo de alcohol en adolescentes; en 1998 el 27% de adolescentes varones lo consumían y para el 2002 un 35%. Respecto a las mujeres las cifras fueron de 18% a 25% respectivamente. Otro dato que llama la atención es que entre los adolescentes varones aumentó el consumo de 5 a más copas por ocasión de consumo, de 6.3% en 1998 a 7.8% en el 2002. Y es notable un incremento del 2% de adolescentes que reportaron haber manifestado, en los últimos años, al menos tres de los síntomas de dependencia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

El **alcoholismo** es una adicción que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física y psicológica del mismo individuo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingestión. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad crónica, progresiva y mortal por la Asociación Médica Estadounidense al igual que otras drogodependencias.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo determina como “toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales”. La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor. Investigaciones recientes sobre genética y neurociencia han identificado ciertas características genéticas que se cree que están relacionadas con la dependencia del alcohol. Los investigadores continúan indagando acerca del vínculo entre la herencia genética y el alcoholismo. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo muchos alcohólicos se mantienen sobrios por periodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad. Pero es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al licor.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud mental representa un pilar importante en la vida del ser humano; esta misma, se encuentra determinada por varios factores que incluyen los biológicos, socioeconómicos y medioambientales, los que se asocian a condiciones de vida no favorable; entre los más comunes se encuentran el abuso de alcohol, tabaco, depresión e ideación suicida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adicción de alcohol como el consumo repetitivo de esta sustancia, que llega a la intoxicación de forma continua además menciona que 3,3 millones de muertes están asociadas al consumo de alcohol y 6 millones de personas fallecen por consecuencias del consumo de tabaco; en nuestro país son medio millón las personas que sufren de tabaquismo. Ambos representan un problema mundial en salud pública ya que aumentan el costo de la atención sanitaria, y además privan a las familias de ingresos por las muertes prematuras que pudieren originar, dificultando el desarrollo económico del país.

Por otro lado, la Salud mental se vuelve preponderante en la actualidad, teniendo en cuenta a la depresión es el trastorno mental más común con un significativo aporte en la carga mundial de morbilidad; el que se define como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; y que se prevé se convertirá en la segunda causa de incapacidad para el año 2020, asimismo, se conoce a la depresión como uno de los principales factores de riesgos para llegar al intento o consumación del suicidio.

La mala salud mental, especialmente en salud ocupacional, está asociada con condiciones estresantes, como condiciones de trabajo adversas, riesgos en el trabajo, mayor demanda de trabajo, calidad del empleo de los trabajadores entre otros, los cuales podrían repercutir en el desempeño regular de la persona, convirtiéndose en ciertos casos en una discapacidad

que se traduce en un ausentismo laboral, con pérdidas valoradas en billones de dólares.

La legislación actual considera la seguridad y salud como un punto clave para el bienestar del trabajador, tomando en cuenta que, para un correcto desempeño laboral, el trabajador no debe rebasar sus límites de resistencia y sobre todo debe permanecer en condiciones ambientales adecuadas, sobre todo aquellos que por su ocupación son de alto riesgo.

La presente investigación plantea las siguientes interrogantes generales y específicas:

4.1. Problema General

¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020?

4.2. Problemas Específicos

1. ¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Ansiedad) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020?
2. ¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Depresión) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020?
3. ¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos psicóticos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020?
4. ¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos convulsivos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020?

5. ¿Existe relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Alcoholismo) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

3.2. Objetivos Específicos

1. Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Ansiedad) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.
2. Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Depresión) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.
3. Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos psicóticos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.
4. Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos convulsivos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.
5. Establecer la relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Alcoholismo) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

4. VARIABLES

Variable Independiente: **Factores de riesgo.**

Variable Dependiente: **Trastornos mentales.**

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES DE RIESGO	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento, la diabetes, ciertos estilos de vida y la falta de higiene.	Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado.	Grupo Etario	18 – 28 años 29 – 38 años 39 – 48 años 49 – 58 años	Un punto por coincidencia	Nominal
			Condición Médica	Diabetes Hipertensión Obesidad Sedentarismo Tabaquismo Trasplante Cardiopatía		Nominal
			Cercanía a pacientes COVID	No trata Trata poco Trata con frecuencia Trata intensamente		Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE TRASTORNOS MENTALES	Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”	Trastorno mental, estado de desequilibrio entre nuestras emociones y el cómo reflejamos estas, como actuamos en diferentes situaciones que se ponga a prueba nuestro potencial psíquico.	Trastorno ansioso	Dolor de cabeza. Miedo, temor. Nerviosismo. Tensión. Mala digestión. Preocupación.	1 – 8	Ordinal
			Trastorno Depresivo	Bajo apetito. Insomnio. Tristeza. Tendencia al llanto. Desmotivación. Toma de decisiones. Actividades laborales. Sentimiento de inutilidad. Desinterés. Apatía. Pensamiento suicida.	9 – 18	Ordinal
			Trastorno Psicótico	Pensamiento paranoide Delirio de grandeza. Pensamiento psicótico. Alucinaciones Auditivas	19 – 22	Ordinal
			Trastorno Convulsivo	Convulsiones	23	Ordinal
			Alcoholismo	Beber en exceso. Dependencia al alcohol. Conflictos sociales. Agresividad.	24 - 28	Ordinal

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis General

H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo (edad, tiempo de servicios, situación laboral, condición médica, cercanía a pacientes Covid) y la prevalencia de trastornos mentales en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo (edad, tiempo de servicios, situación laboral, condición médica, cercanía a pacientes Covid) y la prevalencia de trastornos mentales en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

6.2. Hipótesis Específicas

H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Ansiedad) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Ansiedad) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H2: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Depresión) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Depresión) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H3: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos psicóticos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos psicóticos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H4: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos convulsivos) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Trastornos convulsivos) en el

personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H5: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Alcoholismo) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

H0: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la prevalencia de trastornos mentales (Alcoholismo) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, 2020.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo y diseño de investigación

El método utilizado fue el método hipotético-deductivo. Este método, según Bunge (2006) sigue el siguiente proceso: 1) A través de observaciones realizadas de un caso particular se plantea un problema; 2) Se formula una hipótesis explicativa; 3) A través de un razonamiento deductivo se intenta validar la hipótesis empíricamente (cuantitativamente). La unidad de observación fue el adolescente del Distrito de San Juan Bautista. Iquitos. 2020. El criterio de inclusión fue ser adolescente y poblador del mencionado distrito. El criterio de exclusión fue no ser adolescente ni poblador del mencionado distrito.

El tipo de investigación fue descriptiva – explicativa según Sánchez Carlessi (2005: 14-15) ya que se describieron las variables y se explicó el nivel de relación entre ellas. El enfoque de la investigación fue el cuantitativo ya que los cuestionarios que se aplicaron proporcionaron puntajes numéricos los cuales fueron procesados estadísticamente a fin de comprobar el grado de correlación entre las variables consideradas. El estudio fue de corte transversal ya que los datos de la investigación fueron recogidos en un lugar y momento determinados.

El nivel de la investigación fue el “correlacional” (Sánchez Carlessi: 2005) Al respecto, Cazau (2006: 21) señala:

La investigación correlacional tiene como finalidad medir el grado de relación que eventualmente pueda existir entre dos o más conceptos o variables, en los mismos sujetos. Más concretamente, busca establecer si hay o no una correlación, de qué tipo es y cuál es su grado o intensidad (cuán correlacionadas están).

Por tanto, el objetivo esencial de la investigación correlacional es determinar cómo se comportará un concepto o variable conociendo previamente el comportamiento de otra u otras variables relacionadas, es decir, su objetivo es predecir.

Hernández Sampieri (2010: 82) señala que la investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población:

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

Por esta razón, las puntuaciones obtenidas de los instrumentos aplicados serán ingresadas a un programa estadístico computarizado (Statistical Package for Social Science, SPSS Ver.24 para Windows). A continuación se correlacionaron las mencionadas variables, utilizando para ello el Coeficiente de Correlación Lineal Producto-Momento de Pearson, con la finalidad de establecer si existen relaciones significativas entre ellas.

El diseño de la investigación fue del tipo “no experimental” (Sánchez Carlessi: 2005) porque no se manipuló ninguna variable. Fue una investigación de “corte transversal” según (Ander Egg: 2001) porque analizó el fenómeno en un lugar y momento determinado. El enfoque fue el “cuantitativo” (Glass: 1994). Los cuestionarios que se aplicaron proporcionaron puntuaciones categoriales las cuales fueron procesadas estadísticamente a fin de comprobar el grado de

correlación entre las variables consideradas. Como las puntuaciones eran categoriales se utilizó el estadístico Chi Cuadrado para tablas de contingencia.

7.2 Población y muestra

7.2.1. Población

La población estuvo conformada por 60 personas de ambos sexos, que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto.

7.2.2. Muestra y muestreo

La muestra de la investigación estuvo conformada por por 60 personas de ambos sexos, que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto. Se procedió de esta manera porque la población era reducida y la aplicación de un muestreo probabilístico reduciría aún más el tamaño de la muestra. Por tanto, se optó por un “muestreo no probabilístico” de tipo “criterial” en el cual el investigador –en base a su criterio- determina la cantidad y componentes de la muestra. Al considerarse como muestra a la totalidad de la población, se trató de un “censo”.

7.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión fue ser trabajador activo del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto y ser residente en dicha zona. El criterio de exclusión fue no ser trabajador activo del servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto ni ser residente en dicha zona.

7.3 Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó en la presente investigación fue la de “observación por encuesta”. Según García Ferrando (1993: 142) la encuesta es:

Una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.

Complementariamente, Sierra Bravo (1994: 83) señala que:

La observación por encuesta, consiste en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad, es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado.

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron un cuestionario elaborado expresamente por la investigadora a fin de obtener datos personales de la población (entre ellos algunos datos que podían constituir factores de riesgo. El otro instrumento fue el Symptoms Report Questionnaire – SRQ, para evaluar los síntomas de potenciales trastornos mentales. Estos instrumentos fueron respondidos por el personal del servicio de emergencia que conformaba la muestra. Ambos instrumentos antes de ser aplicados definitivamente fueron sometidos a estudios de validez aplicando el criterio de expertos y a estudios de confiabilidad utilizando la Prueba Alpha de Cronbach.

Se aplicó el Instrumento para evaluar los Trastornos mentales: Cuestionario de Informe de Síntomas de trastornos para Adolescentes, Jóvenes y Adultos – Symptoms Report Questionnaire – SRQ.

El cuestionario Self-Reporting Questionnaire (Cuestionario de Autoinforme)-SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental (WHO Collaborative Study to Extend Mental Health Services, Harding T. y col. 1980; Climent, C. y Col, 1981) y con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo.

Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la Sociedad Peruana.

Finalidad: Este instrumento brinda la posibilidad de valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental. Indaga sobre situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos treinta (30) días.

Áreas de medición: Mide cinco áreas específicas; ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones y alcoholismo.

Ítems: Consta de veintiocho (28) preguntas, presenta opciones de respuesta cerradas (SI y NO).

Puntuación: Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto.

Interpretación:

- a. **Trastorno depresivo y ansioso:** Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a la presencia de estos trastornos. De las cuales las preguntas 1, 4 – 8 corresponde al trastorno de Ansiedad y las preguntas 2, 3, 9-18 al trastorno de Depresión. Se considera que nueve (9) o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por

lo tanto se le considera un caso.

Observaciones, si la joven o el joven responden en forma afirmativa a la pregunta N° 17, que se refiere a riesgos de conducta suicida, el profesional debe intervenir de inmediato por ser una emergencia en salud mental.

1. Alta probabilidad: 9 -18 puntos.
2. Baja probabilidad: 1 - 8 puntos.

b. **Trastorno psicótico:** Las preguntas N° 19 a 22 se refieren a la presencia de este trastorno; una sola respuesta positiva determina un caso.

1. Alta probabilidad: 1 - 4 puntos
2. Baja probabilidad: 0 puntos.

c. **Trastorno convulsivo:** La respuesta positiva a la pregunta N° 23 indica alta probabilidad de sufrir este trastorno.

1. Alta probabilidad: 1 punto
2. Baja probabilidad: 0 puntos.

d. **Problemas relacionados al consumo de alcohol:** Las preguntas N° 24 al N° 28, indican problemas relacionados al consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

1. Alta probabilidad: 1 - 5 puntos.
2. Baja probabilidad: 0 puntos.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres (3), indica que efectivamente se trata de un “caso” (Anexo 04).

7.4 Proceso de recolección de datos

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos para la recopilación de los datos:

1. Se coordinó con los responsables de la entidad hospitalaria para el acceso y la aplicación de los instrumentos.
2. Se aplicaron los instrumentos.
3. Se calificaron los cuestionarios aplicados.
4. Las puntuaciones obtenidas se tabularon en una Hoja de Cálculo Excel Versión 2016.
5. Las puntuaciones en Excel fueron trasladadas al Programa Estadístico SPSS V. 23 para los análisis estadísticos del caso.
6. Se llevaron a cabo los procedimientos estadísticos del caso y se comprobarán o no las hipótesis planteadas.
7. Se efectuaron los análisis de resultados y se plantearán las respectivas conclusiones y se formularán las recomendaciones pertinentes.

7.5 Análisis de datos

Como el nivel de la investigación es el correlacional se aplicó para la contrastación de las hipótesis el análisis de correlación. El Coeficiente de Correlación, tal como señalan Mason y Lind (1998) expresa el grado de asociación o afinidad entre las variables consideradas. El Coeficiente de Correlación, puede ser positivo (el incremento en una variable implica un incremento en la otra variable, el decremento en una variable implica el decremento de la otra variable); negativo (el incremento en una variable implica el decremento de la otra variable); significativo (la asociación de las variables tiene valor estadístico); no significativo (la asociación de las variables no tiene valor estadístico)".

Estadística Descriptiva

a) Fórmula de la Media (Medida de Tendencia Central):

$$x = \frac{\sum X}{n}$$

b) Fórmula de la Desviación Estándar (Medida de Variabilidad):

$$\sum fX^2 = \frac{(\sum fX)^2}{n}$$

$$s = \frac{\sum fX^2}{n - 1}$$

Como las puntuaciones eran en escala categorial se aplicó la Razón Chi Cuadrado para Tablas de Contingencia asumiendo una p: 0.05.

7.6 Consideraciones éticas

1. Se realizó la investigación teniendo en cuenta los procedimientos establecidos en la universidad y se solicitaron las autorizaciones pertinentes, para la toma de muestra, sin falseamiento de datos.
2. La investigación buscó mejorar el conocimiento y la generación de valor en la institución estatal objeto de estudio.
3. El trabajo de investigación guardó la originalidad y autenticidad buscando un aporte por parte del tesista hacia la comunidad científica.
4. Se respetó los resultados obtenidos, sin modificar las conclusiones, simplificar, exagerar u ocultar los resultados. No se utilizaron datos falsos ni se elaboraron informes intencionados.
5. No se cometió plagio, se respetó la propiedad intelectual de los autores y se citó de manera correcta cuando se utilizaron partes de textos o citas de otros autores.

8. RESULTADOS

8.1 Estadística Descriptiva

8.1.1. Datos de la muestra

Tabla 1

Distribución de la muestra por género del personal de servicio de emergencia Hospital Regional de Loreto, 2020.

		Genero	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	27	45,0
	Femenino	33	55,0
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La muestra del estudio (60 personas) en cuanto a género se distribuyó en un 45% hombre y un 55% mujeres.

Tabla 2

Distribución de la muestra por grupo etario del personal de servicio de emergencia Hospital Regional de Loreto, 2020.

		Grupo Etario	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Grupo 18 - 28	5	8,3
	Grupo 29 - 38	13	21,7
	Grupo 39 - 48	23	38,3
	Grupo 49 - 58	19	31,7
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que el grupo mayoritario es el de 39 – 48 años.

Tabla 3

Distribución de la muestra por tiempo de servicio del personal de servicio de emergencia Hospital Regional de Loreto, 2020.

Tiempo de Servicio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Grupo 1 - 8	60	100,0	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que todo el grupo muestral se ubica entre 1 – 8 años de servicio.

Tabla 4

Distribución de la muestra por Estado Civil del personal de servicio de emergencia Hospital Regional de Loreto, 2020.

Estado Civil				
		Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Soltero	21	35,0	
	Casado	17	28,3	
	Separado	2	3,3	
	Conviviente	16	26,7	
	Viudo	1	1,7	
	Divorciado	3	5,0	
	Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que la mayoría de la muestra (35%) está conformada por solteros.

Tabla 5

Distribución de la muestra por Condición Laboral

Condición Laboral				
		Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Nombrado	37	61,7	
	Contratado	15	25,0	
	CAS	8	13,3	
	Total	60	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que la mayoría de la muestra (61.7%) está conformada por personal nombrado.

Tabla 6
Distribución de la muestra por Condición Médica

		Condición Médica		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Diabetes	7	11,7	11,7
	Hipertensión	4	6,7	6,7
	Obesidad	5	8,3	8,3
	Sedentarismo	4	6,7	6,7
	Otros	19	31,7	31,7
	Ninguno	21	35,0	35,0
	Total	60	100,0	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que el 11.7% de la muestra está conformada por personas diabéticas mientras que el 35% no presente enfermedad sistémica.

Tabla 7
Distribución de la muestra por Cercanía al Covid

		CERCANIA COVID	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No trata	2	3,3
	Trata Poco	6	10,0
	Trata con Frecuencia	39	65,0
	Trata Intensamente	13	21,7
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 65% de la muestra manifiesta tratar con frecuencia a pacientes con COVID.

8.1.2. Datos de prevalencia de Trastornos Mentales

Tabla 8

Distribución de la muestra por presencia de ansiedad
Ansiedad Total

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja Probabilidad	54	90,0
	Alta Probabilidad	6	10,0
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 90% de la muestra presenta baja probabilidad de tener ansiedad.

Tabla 9

Distribución de la muestra por presencia de depresión

Depresión Total

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja Probabilidad	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 100% de la muestra presenta baja probabilidad de tener ansiedad.

Tabla 10

Distribución de la muestra por presencia de trastorno psicótico

Trastorno Psicótico

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja Probabilidad	56	93,3
	Alta Probabilidad	4	6,7
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 93% de la muestra presenta baja probabilidad de tener trastorno psicótico.

Tabla 11

Distribución de la muestra por presencia de trastorno convulsivo

		Trastorno Convulsivo	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja Probabilidad	57	95,0
	Alta Probabilidad	3	5,0
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 95% de la muestra presenta baja probabilidad de tener trastorno convulsivo.

Tabla 12

Distribución de la muestra por presencia de alcoholismo

		Alcoholismo	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja Probabilidad	56	93,3
	Alta Probabilidad	4	6,7
	Total	60	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el 93 de la muestra presenta baja probabilidad de tener alcoholismo.

8.3. Estadística Inferencial

8.3.1. Grupos Etarios y Trastornos Mentales

Grupos Etarios y Ansiedad

El cruce de los grupos etarios con la ansiedad proporcionó los siguientes resultados:

Tabla 13
Grupos Etarios y Ansiedad

Tabla cruzada

Recuento		Ansiedad Total		
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	Total
Grupo Etario	Grupo 18 - 28	4	1	5
	Grupo 29 - 38	12	1	13
	Grupo 39 - 48	19	4	23
	Grupo 49 - 58	19	0	19
Total		54	6	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,140 ^a	3	,247
Razón de verosimilitud	5,701	3	,127
Asociación lineal por lineal	1,428	1	,232
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

Fuente: Elaboración Propia

Se encontró que existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo 39 – 48 años

algunos sujetos evidencian propensión a la ansiedad aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 14
Grupos Etarios y Depresión

Tabla cruzada

Recuento		Depresión	
		Baja Probabilidad	Total
Grupo Etario	Grupo 18 - 28	5	5
	Grupo 29 - 38	13	13
	Grupo 39 - 48	23	23
	Grupo 49 - 58	19	19
Total		60	60

Fuente: *Elaboración Propia*

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 15
Chi Cuadrado Grupos Etarios y Depresión

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	60

a. No se han calculado estadísticos porque Depresión Total es una constante.

Fuente: *Elaboración Propia*

No se ha encontrado ningún sujeto con alta probabilidad a la depresión. Por tanto, no se puede establecer relación de ningún tipo entre los grupos etarios y la tendencia a la depresión.

Tabla 16
Grupos Etarios y Trastorno Psicótico

Tabla cruzada

Recuento		Trastorno Psicótico		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Grupo Etario	Grupo 18 - 28	4	1	5
	Grupo 29 - 38	13	0	13
	Grupo 39 - 48	22	1	23
	Grupo 49 - 58	17	2	19
Total		56	4	60

Fuente: *Elaboración Propia*

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 17
Chi Cuadrado Grupos Etarios y Trastorno Psicótico

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,011 ^a	3	,390
Razón de verosimilitud	3,374	3	,337
Asociación lineal por lineal	,022	1	,883
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,33.

Fuente: *Elaboración Propia*

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo 49 – 58 años algunos sujetos evidencian propensión al trastorno psicótico, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 18
Grupos Etarios y Trastorno Convulsivo

Tabla cruzada

Recuento		Trastorno Convulsivo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Grupo Etario	Grupo 18 - 28	5	0	5
	Grupo 29 - 38	12	1	13
	Grupo 39 - 48	21	2	23
	Grupo 49 - 58	19	0	19
Total		57	3	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 19
Chi Cuadrado Grupos Etarios y Trastorno Convulsivo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,123 ^a	3	,547
Razón de verosimilitud	3,181	3	,365
Asociación lineal por lineal	,256	1	,613
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,25.

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo 39 – 48 años algunos sujetos evidencian propensión al trastorno convulsivo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 20
Grupos Etarios y Alcoholismo

Tabla cruzada

Recuento		Alcoholismo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Grupo Etario	Grupo 18 - 28	5	0	5
	Grupo 29 - 38	12	1	13
	Grupo 39 - 48	21	2	23
	Grupo 49 - 58	18	1	19
Total		56	4	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 21
Chi Cuadrado Grupos Etarios y Alcoholismo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,591 ^a	3	,898
Razón de verosimilitud	,915	3	,822
Asociación lineal por lineal	,022	1	,883
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,33.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo 39 – 48 años algunos sujetos evidencian propensión al alcoholismo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

8.2.2. Condición Médica y Trastornos Mentales

Tabla 22
Condición Médica y Ansiedad

Tabla cruzada

Recuento		Ansiedad Total		
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	Total
Condición Médica	Diabetes	7	0	7
	Hipertensión	4	0	4
	Obesidad	3	2	5
	Sedentarismo	3	1	4
	Otros	17	2	19
	Ninguno	20	1	21
Total		54	6	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 23*Chi Cuadrado Condición Médica y Ansiedad***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,868 ^a	5	,164
Razón de verosimilitud	6,954	5	,224
Asociación lineal por lineal	,199	1	,656
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,40.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Obesidad” algunos sujetos evidencian propensión a la ansiedad, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 24*Condición Médica y Depresión***Tabla cruzada**

Recuento		Depresión	
		Baja Probabilidad	Total
Condición Médica	Diabetes	7	7
	Hipertensión	4	4
	Obesidad	5	5
	Sedentarismo	4	4
	Otros	19	19
	Ninguno	21	21
Total		60	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 25*Chi Cuadrado Condición Médica y Depresión*

Pruebas de chi-cuadrado	
	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	60

a. No se han calculado estadísticos porque Depresión Total es una constante.

Fuente: Elaboración Propia

No se ha encontrado ningún sujeto con alta probabilidad a la depresión. Por tanto, no se puede establecer relación de ningún tipo entre los grupos etarios y la tendencia a la depresión.

Tabla 26*Condición Médica y Trastorno Psíquico***Tabla cruzada**

Recuento		Trastorno Psíquico		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Condición Médica	Diabetes	7	0	7
	Hipertensión	4	0	4
	Obesidad	5	0	5
	Sedentarismo	3	1	4
	Otros	18	1	19
	Ninguno	19	2	21
Total		56	4	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 27*Chi Cuadrado Condición Médica y Trastorno Psicótico***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,639 ^a	5	,602
Razón de verosimilitud	3,849	5	,571
Asociación lineal por lineal	,590	1	,442
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,27.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Sedentarismo” algunos sujetos evidencian propensión al trastorno psicótico, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 28*Condición Médica y Trastorno Convulsivo***Tabla cruzada**

Recuento		Trastorno Convulsivo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Condición Médica	Diabetes	7	0	7
	Hipertensión	4	0	4
	Obesidad	4	1	5
	Sedentarismo	4	0	4
	Otros	18	1	19
	Ninguno	20	1	21
Total		57	3	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 29*Chi Cuadrado Condición Médica y Trastorno Convulsivo***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,163 ^a	5	,675
Razón de verosimilitud	2,942	5	,709
Asociación lineal por lineal	,022	1	,882
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: *Elaboración Propia*

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Obesidad” algunos sujetos evidencian propensión al trastorno convulsivo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 30*Condición Médica y Alcoholismo***Tabla cruzada**

Recuento		Alcoholismo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Condición Médica	Diabetes	7	0	7
	Hipertensión	4	0	4
	Obesidad	4	1	5
	Sedentarismo	4	0	4
	Otros	18	1	19
	Ninguno	19	2	21
Total		56	4	60

Fuente: *Elaboración Propia*

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 31*Chi Cuadrado Condición Médica y Alcoholismo***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,836 ^a	5	,725
Razón de verosimilitud	3,344	5	,647
Asociación lineal por lineal	,325	1	,569
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,27.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Obesidad” algunos sujetos evidencian propensión al alcoholismo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

8.2.3. Cercanía al COVID y Trastornos Mentales

Tabla 32*Cercanía al COVID y Ansiedad***Tabla cruzada**

Recuento		Ansiedad Total		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Cercanía al COVID	No trata	2	0	2
	Trata Poco	6	0	6
	Trata con Frecuencia	35	4	39
	Trata Intensamente	11	2	13
Total		54	6	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 33*Chi Cuadrado Cercanía al Covid y Ansiedad*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,311 ^a	3	,727
Probabilidad de verosimilitud	2,054	3	,561
Lineal por lineal	1,176	1	,278
Casos válidos	60		

casos (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: *Elaboración Propia*

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo "Trata con Frecuencia" algunos sujetos evidencian propensión a la ansiedad, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 34*Cercanía al COVID y Depresión***Tabla cruzada**

Recuento		Depresión Total	
		Baja Probabilidad	Total
Cercanía al COVID	No trata	2	2
	Trata Poco	6	6
	Trata con Frecuencia	39	39
	Trata Intensamente	13	13
Total		60	60

Fuente: *Elaboración Propia*

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 35*Chi Cuadrado Cercanía al Covid y Depresión***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	.a
N de casos válidos	60

a. No se han calculado estadísticos porque Depresión Total es una constante.

Fuente: *Elaboración Propia*

No se ha encontrado ningún sujeto cercano al COVID con alta probabilidad a la depresión. Por tanto, no se puede establecer relación de ningún tipo entre los niveles de cercanía al COVID y la tendencia a la depresión.

Tabla 36
Cercanía al COVID y Trastorno Psicótico

Tabla cruzada

Recuento		Trastorno Psicótico		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Cercanía al COVID	No trata	1	1	2
	Trata Poco	6	0	6
	Trata con Frecuencia	37	2	39
	Trata Intensamente	12	1	13
Total		56	4	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 37
Chi Cuadrado Cercanía al Covid y Trastorno Psicótico

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,860 ^a	3	,277
Razón de verosimilitud	3,358	3	,340
Asociación lineal por lineal	2,639	1	,104
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo "Trata con Frecuencia" algunos sujetos evidencian propensión al trastorno psicótico, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 38
Cercanía al COVID y Trastorno Convulsivo

Tabla cruzada

Recuento		Trastorno Convulsivo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Cercanía al COVID	No trata	2	0	2
	Trata Poco	6	0	6
	Trata con Frecuencia	38	1	39
	Trata Intensamente	11	2	13
Total		57	3	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 39
Chi Cuadrado Cercanía al Covid y Trastorno Convulsivo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,860 ^a	3	,277
Razón de verosimilitud	3,358	3	,340
Asociación lineal por lineal	2,639	1	,104
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Trata con Frecuencia” algunos sujetos evidencian propensión al trastorno convulsivo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

Tabla 40
Cercanía al COVID y Alcoholismo

Tabla cruzada

Recuento		Alcoholismo		Total
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Cercanía al COVID	No trata	1	1	2
	Trata Poco	6	0	6
	Trata con Frecuencia	38	1	39
	Trata Intensamente	11	2	13
Total		56	4	60

Fuente: Elaboración Propia

La Prueba Chi Cuadrado arrojó los siguientes resultados:

Tabla 41

Chi Cuadrado Cercanía al Covid y Alcoholismo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,107 ^a	3	,028
Razón de verosimilitud	6,155	3	,104
Asociación lineal por lineal	,024	1	,878
N de casos válidos	60		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,13.

Fuente: Elaboración Propia

Existe una relación muy baja entre ambas variables la cual no tiene significación estadística. En el grupo “Trata Intensamente” algunos sujetos evidencian propensión al alcoholismo, aunque esta tendencia no llega a ser significativa.

9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Entre los resultados más relevantes en el aspecto descriptivo cabe señalar:

1. La muestra del estudio (60 personas) en cuanto a género se distribuyó en un 45% hombre y un 55% mujeres.
2. En cuanto al grupo etario se apreció que el grupo mayoritario era el de 39 – 48 años.
3. En cuanto al tiempo de servicio se observó que todo el grupo muestral se ubicó entre los 1 – 8 años de servicio.
4. En cuanto al estado civil se observó que la mayoría de la muestra (35%) estuvo conformada por solteros.
5. En cuanto a condición laboral se apreció que la mayoría de la muestra (61.7%) estuvo conformada por personal nombrado.
6. En cuanto a condición médica se apreció que el 11.7% de la muestra estuvo conformada por personas diabéticas mientras que el 35% no presentaba enfermedad sistémica.
7. Se observa que el 65% de la muestra manifiesta tratar con frecuencia a pacientes con COVID.
8. En cuanto a la condición médica prevalecen la diabetes, la obesidad y el sedentarismo.
9. Los trastornos mentales que presentan mayores frecuencias de ocurrencias son en el siguiente orden: Ansiedad, Depresión y Alcoholismo.

De los factores de riesgo considerados en el estudio (Grupo Etario, Condición Médica y Cercanía al COVID 19) y los Trastornos Mentales considerados Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos-SRQ (Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicóticos, Trastornos Convulsivos y Alcoholismo) se encontró muy leves relaciones las que no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Estos resultados concuerdan con investigaciones sobre el mismo tema realizadas en nuestro país como la de Laván Manchay (2019), Rivas Huamán (2015) y Cruz Jiménez (2013).

Los resultados revelan, en términos generales, que la muestra estudiada se ubica dentro de parámetros normales en lo que se refiere a los niveles de trastornos mentales y que no representan mayores riesgos potenciales en cuanto a su agravamiento. Por esta razón, es importante que este personal asuma el autocuidado de la salud mental, el mismo que se refiere a la capacidad, prácticas y decisiones de las personas, familias y comunidad, para promover su propia salud, prevenir y afrontar enfermedades, discapacidades y problemas psicosociales, con o sin el apoyo de personal de salud.

El alcance del autocuidado incluye:

1. Identificación de las necesidades de autocuidado: Observa las condiciones en las que vive la población, así como las estrategias con las que afrontan la pandemia por COVID-19 y los comportamientos que observan y que pueden afectar su salud y la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
2. Implementación del plan de autocuidado:
 - Sensibiliza sobre la importancia del autocuidado para la conservación de la salud.
 - Fomenta el cumplimiento de las medidas para evitar el riesgo de contagio.
 - Promueve hábitos saludables: alimentación saludable, actividad física, patrón regular del sueño, adecuada gestión del tiempo y reducir o eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Recomienda técnicas y herramientas para el autocuidado como las técnicas de relajación, activación conductual, solución de problemas, entre otras.

- Brinda mensajes claves para el autocuidado de la salud y de manera particular de la salud mental de niños, niñas y adolescentes y de manera en los adultos.

3. Seguimiento al plan de autocuidado:

El personal de la salud evalúa constantemente los procesos, avances y resultados del plan a fin de tomar las medidas necesarias y ajustes pertinentes.

10. CONCLUSIONES

- La revisión bibliográfica del tema de estudio ha permitido determinar como grupo de especial riesgo al personal hospitalario que mantiene contacto directo con personas (casos probables o confirmados) sobre todo aquel personal de primera respuesta itinerante, encargado de toma de muestras, gestión de restos humanos y otros trabajadores de campo, así como el personal médico y paramédico (Personal de enfermería y personal de la salud femenino). La revisión documental nos ha permitido determinar que los problemas de salud mental más comunes que afronta este personal son: Trastornos de adaptación, reacción de estrés agudo, trastornos de ansiedad, episodios depresivos, síndromes de maltrato, síndrome de agotamiento ocupacional o Burnout y que en este contexto pueden surgir situaciones de emergencias en salud mental como: pensamientos o actos de autolesión o suicidio, ataques de pánico, síntomas psicóticos activos: ideas delirantes, alucinaciones.
- Los trastornos mentales, abarcan muchas enfermedades bien diagnosticadas las cuales se encuentran detalladas en la CIE-10 (Manual de Codificación. CIE-10-Es Diagnósticos). El presente estudio tuvo la intención de conocer la prevalencia de los trastornos mentales, considerados en el Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos-SRQ, toman en cuenta determinados factores de riesgo (Grupo Etario, Condición Médica y Cercanía al COVID 19).
- El análisis descriptivo encontró que la muestra, en general (alrededor del 95% de los encuestados) presentaba una baja probabilidad de presentar trastornos mentales (Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicóticos, Trastornos Convulsivos y

Alcoholismo). Por otro lado, el análisis descriptivo encontró que la muestra (alrededor del 95% de los encuestados), no presentaba elevada probabilidad de presentar trastornos mentales (Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicóticos, Trastornos Convulsivos y Alcoholismo).

- La Depresión, Ansiedad y Alcoholismo son los trastornos que se presentan con mayor intensidad en la muestra considerada aunque dentro del rango de baja probabilidad de ocurrencia.
- La muestra estudiada se ubica dentro de los parámetros normales para los trastornos mentales considerados. Es decir, la casi totalidad se ubica dentro de los rangos de baja probabilidad, mientras que un mínimo de la muestra (menos del 5 a 9%) se ubican dentro del rango de alta probabilidad. Este resultado es, en parte comprensible, porque se trata de personal hospitalario que por su formación médica y reciente experiencia en el afronte de la pandemia ha desarrollado mecanismos de defensa psicológicos que les proporcionan un cierto nivel de protección psicológica.
- Se encontró relaciones entre los factores de riesgo (Grupo Etario, Condición Médica y Cercanía al COVID 19) y los Trastornos Mentales considerados Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos-SRQ (Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicóticos, Trastornos Convulsivos y Alcoholismo). Sin embargo estas relaciones no llegaron a ser estadísticamente significativas. Al no comprobarse la existencia de relaciones significativas entre las variables no se pudo comprobar estadísticamente las hipótesis planteadas. En consecuencia, se puede hablar de una tendencia en el sentido de lo planteado por las hipótesis pero no de una tendencia que alcance niveles estadísticamente significativos.

11. RECOMENDACIONES

- Que la Dirección Regional de Salud de Loreto implemente programas elaborados por el Ministerio de Salud sobre la Salud Mental (Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – DGIESP y Dirección de Salud Mental – DSAME) en personal de las instituciones estatales y no estatales de Loreto, con fines preventivos y de control.
- Que se promueva la elaboración, desarrollo e implementación de proyectos de prevención para la salud mental del personal de instituciones públicas que por su ubicación de primera línea afronten la prevención y tratamiento de la pandemia a fin de que se halle en condiciones de proporcionar asesoría y orientación sobre el COVID 19 a la población afectada y/o potencialmente afectable.
- Estimular el desarrollo de futuros trabajos de investigación, tanto cualitativa como cuantitativa, donde se analicen factores: como culturales, económicos, sociales que afectan o puedan afectar la Salud Mental de la población ya que es altamente probable –ante el previsible incremento de la pandemia- que la salud mental de la población se vea afectada muy significativamente.
- Teniendo en cuenta que los primeros auxilios psicológicos son parte del acompañamiento psicosocial para el cuidado de la salud mental de las personas que están pasando por una situación de crisis como la de la presente pandemia es importante estimular, desarrollar y difundir estrategias de afrontamiento eficaces orientadas a desarrollar y fortalecer aquellos modos de pensar y actuar que facilitan la resolución de una situación percibida (resiliencia, locus de control interno)

para poder recuperar mayor control sobre el manejo de esta situación.

- Debe comunicarse a los trabajadores de salud, que sentirse bajo presión es una experiencia que muchas otras personas estén viviendo. Que el estrés y los sentimientos que lo acompañan son hasta cierto punto comprensibles y que atender su salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar su salud física. El trabajador de la salud debe adoptar estrategias útiles de respuesta, como descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse saludablemente y en cantidad suficiente, realizar actividad física, y mantenerse en contacto con la familia y los amigos. No debe adoptar estrategias de respuesta inadecuadas como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. A largo plazo, esto podría empeorar su bienestar mental y físico. Se trata de una situación única y sin precedentes para muchos trabajadores, en especial si nunca antes habían participado en respuestas similares. Las estrategias que en otras ocasiones le han ayudado a manejar el estrés pueden ser útiles también en este momento. Es su deber tratar de mantenerse psicológicamente bien.
- Asimismo, es posible que algunos trabajadores de salud perciban que su familia o su comunidad no quieren tenerlos cerca debido al riesgo, al estigma o al temor. Esto puede contribuir a que una situación ya complicada resulte mucho más difícil. De ser posible, se debe mantener la comunicación con sus seres queridos y que se deben utilizar los medios digitales que ofrecen una buena manera de mantener el contacto.

- Es muy importante saber cómo brindar apoyo a las personas que se han visto afectadas por COVID-19 y cómo vincularlas con los recursos disponibles. Esto es especialmente importante para quienes requieran apoyo psicosocial y de salud mental. El estigma asociado con los problemas de salud mental podría causar cierta renuencia a buscar atención tanto por COVID-19 como por los trastornos de salud mental. Se debe proporcionar orientación clínica básica para abordar los trastornos de salud mental en la población en general.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander Egg, Ez. (2004) Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires. Humanitas.
- Aquino-Bellos, Carlos, Mejía, Christian R, & Rodríguez-Alarcón, J Franco. (2020). Factores crónicos socio-patológicos por edad y género en trabajadores rurales de once poblados del Perú: Estudio multicéntrico, 2016. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, 29(2), 79-88. Epub 19 de octubre de 2020. Recuperado en 05 de enero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000200012&lng=es&tlng=pt.
- Barlow, D., Brown, T. y Craske, M. (1994). Definiciones de ataques de pánico y trastornos de pánico en el DSM – IV: implicaciones para la investigación. Revista de psicología anormal, 103, pp.553- 564.
- Bautista Sanchez, Kerly Zuleidy.(2020). Salud mental por dimensiones en trabajadores de un hospital de Ferreñafe, categoría II-1, de septiembre a diciembre, 2019. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina Escuela de Psicología.<http://hdl.handle.net/20.500.12423/2856>
- Bunge, Mario (2006) La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Cazau, Pablo (2006) Introducción a la investigación en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cevallos M. Desarrollo de trastornos mentales asociados a características demográficas, laborales y recreativas en el personal de salud, en el Hospital Eugenio Espejo durante el período de Mayo a Junio del 2015.Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Chávez Buitrón Pablo José (2014). Valoración de Factores de Riesgo Psicosocial derivados del Ambiente Laboral en el Personal del Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Garcés en Diciembre del 2014” Disertación previa a la obtención de título de médico cirujano.<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7637>
- Cruz Jiménez, Angélica (2013) Factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del Quinto Grado de Educación Secundaria de la I.E. María Ugarteche De Mac-Lean. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería.

- Dawber TR. Identificación de exceso de riesgo cardiovascular. Un enfoque práctico. *Minn Med* 1961; 52: 1217-1221.
- ENA (2012) El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz BC, Moreno LM, Oliva RN, Bustos GM, Fregoso ID, Gutiérrez LML, Amador BN. 2012, Número 6. *Salud Mental* 2012; 35 (6).
- García Ferrando M. La encuesta. En: García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70.
- Glass, G. S. (1994) *Métodos estadísticos aplicados a las Ciencias Sociales*. Madrid. Prentice Hall.
- Guardia, J., Jiménez, M., Pascual, P., Flores, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica basada en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL*. Segunda edición. España. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Alcoholismo-Guias-clinicas-basadas-en-evidencia.pdf>
- Hernández Sampieri, Roberto y colaboradores (2010) *Metodología de la investigación*. México. McGraw Hill.
- <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/28301>
- Juan Manuel Londoño Castillo, Lizeth Fernanda Velásquez Muñoz & Manuel José Redondo Chinchilla. Ansiedad y depresión durante la emergencia sanitaria del COVID-19 en personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de psicología Bucaramanga 2020. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/28301>
- Judith Milagros Rado Romero. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2020. Universidad Peruana Unión Escuela de Posgrado Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/3427>
- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of American Medical Association*, 261, 15: 2229-2235.
- Laván Manchay, Marlith (2019) *Funcionalidad familiar y trastornos mentales en adolescentes de la I.E. Wilfredo Ezequiel Ponce Chirinos – Yorongos – Rioja - San Martín*. Mayo - octubre 2019. Universidad Nacional De San Martín – Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional De Enfermería.

- Liddell, H. (1949). Más allá de los límites: Liddell, las neurosis experimentales y el psicoanálisis. *Revista de historia de la psicología, publicaciones de la Universidad de Valencia*, 30(2-3), pp. 365-372. Recuperado de: [file:///C:/Users/pc13/Downloads/Dialnet-MasAllaDeLosLimites-3043435%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pc13/Downloads/Dialnet-MasAllaDeLosLimites-3043435%20(2).pdf)
- Manual de Codificación. CIE-10-Es (2018) Diagnósticos Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.
- María Dolores Pujadas Sánchez, Francisco Javier Pérez Pareja & Patricia García Pazo.(2020) Estrés y control percibido en trabajadores de emergencias. *Ansiedad estrés*; 26(1): 52-58, ene.-jun. 2020. Tab
Artigo em Espanhol | IB ECS | ID: ibc-192302 Biblioteca responsável: ES1.<https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S1134793720300038>
- María Guadalupe Padilla Jiménez. Prevalencia y factores relacionados con los trastornos mentales en los trabajadores del centro de salud urbano de Tepatitlán. Tesis de investigación que para obtener el grado de maestría en Ciencias de la Salud Pública. Benemérita Universidad de Guadalajara Centro Universitario de los altos maestría en Ciencias de la Salud Pública con orientación en Epidemiología.<http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/handle/123456789/845>
- Mason, A y Lind, M. (1998) *Estadística para Administradores*. México. McGraw Hill.
- Ministerio de Salud. MINSAL. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas, Dirección de salud mental. p56.
- Ministerio de Salud. MINSAL (2009). Guía clínica epilepsia en el adulto. Series Guías Clínicas. Chile. Santiago.
- Ministerio de sanidad y Política Social. (2009). Guía de intervención clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
- Moreno-Sueskun, Iñaki, & García López, Vega. (2015). Trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra (2009-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 18(4), 192-199. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2015.18.4.04>
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. New York.

- Oscar Vladimir Peñaloza Ortiz & Carlos Eduardo Marcillo Tipan. Factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en médicos posgradistas de la especialización de emergencias y desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el segundo semestre del 2019. Disertación previa a la obtención del título de especialista en medicina de emergencias y desastres, Quito 2020.<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17517>
- Piazza, Marina, & Fiestas, Fabián. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 30-38. Recuperado en 05 de enero de 2021.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100005&lng=es&tlng=es.
- Puerta-Cortés, Diana Ximena; González-Santos, Jeni Marcela (19 de diciembre de 2019). Caracterización del estilo de vida saludable en una muestra de habitantes de las zonas rurales del Tolima. *Rev. Indagare* (7).
- Rivas Huamán, Rolly Guillermo (2015) Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” Marzo - Junio 2015. Lima. Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EAP de Psicología.
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M. y Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores de salud en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana De Psicología / Interamerican Journal of Psychology* , 54 (1), e1298.<https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>
- Sánchez Carlessi, H. (2005) *Metodologías y diseños en la investigación científica*. Lima. HSC.
- Sierra Bravo R. (1994) *Técnicas de Investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Solís Chuquiyaury, Zenaida, Zamudio Eslava, Luisa, Matzumura Kasano, Juan, & Gutiérrez Crespo, Hugo. (2016). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(4), 32-38. Recuperado en 07 de enero de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400006&lng=es&tlng=es.
- Tapia, J. (1994). *Medidas de prevalencia y relación incidencia- prevalencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. OPS.

Programa de publicaciones, p. 216. Recuperado de: <http://www.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/Contenido/Pagina284/File/Tapia%20-%20Medidas%20de%20prevalencia.pdf>

Tejada Morales, P. A. (2017). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29-40. <https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2.2017>

Verónica M Cuartas Castro, Andrea M Cano Velásquez, Liliana López-Carvajal & Jorge I Quintero Vélez (2018) Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. *Archivos de medicina* Vol. 14 No. 3:3 doi: 10.3823/1397

Vigo P. Perfil clínico epidemiológico de trastornos mentales en pacientes adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Virú. La Libertad, 2015 – 2019. Universidad César Vallejo. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina. Tesis para obtener el título profesional de Médico cirujano. La Libertad. Perú. 2020. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/45585/Vigo_PKY-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y

ANEXOS

FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.

ANEXO 01: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE RIESGO

Por favor marque con un aspa el casillero que corresponda a cada factor. Gracias.

Género

Masculino	
Femenino	

Hipertensión	
Obesidad	
Sedentarismo	
Tabaquismo	
Trasplante	
Cardiopatía	

Grupo Etario

18 – 28 años	
29 – 38 años	
39 – 48 años	
49 – 58 años	

Cercanía a pacientes COVID

No trata	
Trata poco	
Trata con frecuencia	
Trata intensamente	

Tiempo de servicios

2 – 8 años	
9 – 15 años	
16 – 22 años	
23 – 29 años	

Estado Civil

Soltero	
Casado	
Separado	
Conviviente	
Viudo	
Divorciado	

Condición Laboral

Nombrado	
Contratado	
CAS	
Otro	

Condición Médica

Diabetes	
-----------------	--

ANEXO Nro. 02

CUESTIONARIO “SYMPTOMS REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ”

Instrucciones:

A continuación encontrará una lista de preguntas, marque con una Aspa “X” la respuesta que estime conveniente utilizando los criterios:

N°	Afirmaciones	SI	NO
TRASTORNO DE ANSIEDAD (PREGUNTAS 1, 4 - 8) Y DEPRESIÓN (PREGUNTAS 2, 3, 9-18)			
1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre temblor en las manos?		
6	¿Se siente nervioso o tenso?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿Es incapaz de pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Ud. llora con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16	¿Se siente aburrido?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
TRASTORNO PSICÓTICO			
19	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
20	¿Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
21	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
22	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no puedan oír?		
TRASTORNO CONVULSIVO			
23	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
24	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
25	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
26	¿Ha tenido dificultad en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?		
27	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
28	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?		

ANEXO Nro. 03

CARTA DE PRESENTACIÓN AL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN



Lunes 25 enero del 2021.

SEÑOR

DR. CARLOS MANRIQUE DE LARA ESTRADA
DIRECTOR GENERAL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
PRESENTE-

SOLICITUD: Revisión y Constancia del Comité de Ética.

Estimado Dr. Carlos Manrique De Lara Estrada, reciba mis saludos cordiales, Yo **Juan Alfonso Méndez Del Águila Mgr.** docente del Programa Académico de Psicología - Universidad Científica del Perú UCP, me dirijo a su digna persona para comunicarle lo siguiente:

Que, al ser considerado **asesor**, del trabajo de investigación intitulado "**FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2020**", que será realizado por Bachiller **Lucy Lilia Valladares Rojas**, identificada con código 2144500133 del Programa Académico de Psicología, trabajo realizado bajo la modalidad del Programa de Suficiencia Profesional.

Por lo que **SOLICITO**, dignamente a Ud. disponga a quien corresponda la **REVISION Y CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ETICA** y brindar las facilidades para la realización de ejecución de instrumento del presente trabajo de investigación en el Hospital Regional de Loreto.

Por lo expuesto Dr. **SOLICITO**, acceder a mi solicitud para que el Bachiller de Psicología mencionado anteriormente, pueda realizar dicho trabajo de investigación.

Atentamente.

JUAN A. MENDEZ DEL ÁGUILA
PSICOLOGO
P.Ps.P. N° 2561

Psic. Juan Alfonso Méndez Del Águila, Mgr.
Docente - Asesor

Adjunto:

1. Trabajo de Investigación.
2. Pago por concepto Revisión de Protocolo de Investigación.

ANEXO Nro. 04 CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 007- CIEI - HRL - 2021

El Director del Hospital Regional Loreto, a través de de la Oficina de Apoyo a la Docencia é Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI), HACE CONSTAR que el presente Proyecto de investigación, consignado líneas a bajo, fue **APROBADO**, en cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud (INS), acorde con las prioridades Regionales de Investigación, Balance Riesgo/beneficio y Confiabilidad de los datos, entre otros. Siendo catalogado como: **ESTUDIO CON RIESGO MÍNIMO**, según detalle:

Título del Proyecto : FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE TRANSTORNOS MENTALES EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2020.

Código de Inscripción : ID-07-CIEI-2021

Modalidad de investigación : PRE-GRADO.

Investigador (es) : LUCY LILIA VALLADARES ROJAS.

Cualquier eventualidad durante su ejecución, los Investigadores reportaran de acuerdo a Normas y plazos establecidos, asimismo emitirán el informe final socializando los RESULTADOS obtenidos. El presente documento tiene vigencia hasta 26 de Enero del 2022. **El trámite para su renovación sera minimo 30 días antes de su vencimiento.**

Punchana, 26 de Enero del 2021.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

BIG. CARLOS Y. MARIQUE DE LARA ESTRADA
CMI N° 12722
Director General

CVMDLE/ MMBP/ HAC/ CJRA / JEGP/sadith