

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

AUTORAS:

Gretta Maribel Farfan Coquinche

Graeshy Sahori Sandoval Barrera

ASESORA:

Lic. Enf. Mag. Flor Enith Leveau Barrera

Tarapoto - Perú

2022



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

AUTORAS:

Gretta Maribel Farfan Coquinche

Graeshy Sahori Sandoval Barrera

ASESORA:

Lic. Enf. Mag. Flor Enith Leveau Barrera

Tarapoto - Perú

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Gretta Maribel Farfan Coquinche

Graeshy Sahori Sandoval Barrera

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Flor Enith Leveau Barrera

Tarapoto – Perú

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021

AUTORAS:

Gretta Maribel Farfan Coquinche

Graeshy Sahori Sandoval Barrera

Sustentada y aprobada el 23 de mayo del 2022, ante el honorable jurado:

Obsta. Dra. Evangelina Ampuero Fernández

Presidente

Lic. Enf. Dra. Rosa Emperatriz Joseph Bartra

Secretaría

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe el presente documento, hace constar:

Que, he revisado la tesis titulada: **Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021**, en las fechas del cronograma a fin de optimizar y agilizar la investigación, elaborado por las Bachilleres de Enfermería:

Gretta Maribel Farfan Coquinche

Graeshy Sahori Sandoval Barrera

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente, para constancia, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 23 de mayo del 2022.

Atentamente.



.....
Lic. Enf. Mg. Flor Enith Leveau Barrera

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Gretta Maribel Farfan Coquinche, con DNI N° 76290465 **Graeshy Sahori Sandoval Barrera**, con DNI N° 71113037, bachilleres de la Escuela profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autoras de la tesis titulada: **Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021.**

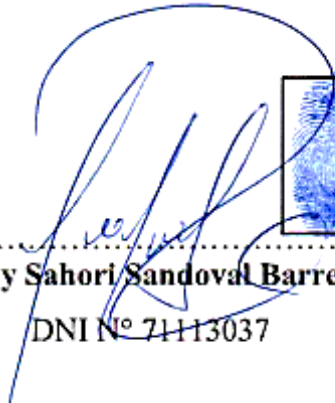
Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 23 de mayo del 2022.


.....
Gretta Maribel Farfan Coquinche
DNI N° 76290465


.....
Graeshy Sahori Sandoval Barrera
DNI N° 71113037

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Farran Coquinche	Gretta Maribel
Código de alumno :	76290465	Teléfono: 954473589
Correo electrónico :	Gretta426@gmail.com	DNI: 76290465

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la salud
Escuela Profesional de:	Enfermería

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la estación experimental agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021
Año de publicación:	mayo 2022

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


Firma del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

03 / 08 / 22


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto - UNSM.
Ing. Grecia Vanessa Fachin Ruíz
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Sandoval Barrera Graeshy Sahori	
Código de alumno : 71113037	Teléfono: 962 828 567
Correo electrónico : Graeshy@gmail.com	DNI: 71113037

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Enfermería

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título : Drepresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la estación experimental agraria el provenir en el contexto de la Covid-19 marzo-Septiembre 2021.
Año de publicación: mayo 2022

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente deajo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


Firma del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

03 / 08 / 22


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología
e Innovación de Acceso Abierto - UNSM
Ing. Grecia Vanessa Fachin Ruíz
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a:

Dios, por siempre estar presente en cada paso que doy en mi vida, por brindarme salud, sabiduría y fortaleza para lograr cada una de mis metas.

A mis maestros, quienes se han tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos y en especial a mi asesora, la Lic. Mg. Flor Enith Leveau Barrera por siempre estar presente en cada paso de este proceso.

A mis padres Elger Sandoval Benites y Carina Barrera Rodríguez quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mi carrera, ya que ellos siempre me dieron un ejemplo de superación, humildad y sacrificio; me formaron con reglas y algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Las autoras

Dedicatoria

Dedico la tesis en primer lugar a mi mamá por ser la persona que incondicionalmente siempre creyó en mi capacidad de cumplir todas las metas que me propongo, le dedico a ella que jamás se dejó vencer a pesar de todas las adversidades constantes.

Dedico este trabajo de tesis a todas las personas que de una u otra manera aportaron un momento agradable y me dieron la oportunidad de demostrar mis conocimientos y habilidades a lo largo de mi vida y me ayudaron a crecer profesionalmente.

Dedico este trabajo a Dios porque creo que fue, es y será siempre una guía importante para mí a lo largo de mi vida, porque nos provee la vida y todo lo que nos rodea.

Las autoras

Agradecimiento

Agradecemos a todos los que hicieron posible la elaboración de este trabajo de tesis, en especial a todos los trabajadores de la estación por ser parte de la recolección de datos, en especial al área de dirección dirigida por el Ing. Kennedy Farje quién gustosamente aceptó a petición de estudio en la E.E.A EP-SM

Agradecemos de manera especial a todas las personas que nos guiaron en la realización de este estudio, gracias por su aporte sin ellos no habría sido posible la realización correcta de la misma.

Las autoras

Índice de contenido

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	viii
Índice de contenido	ix
Índice de tabla	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
TÍTULO:	1
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco Conceptual	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Bases teóricas	8
1.4 Definición de términos	29
1.5 Justificación	31
1.6 Problema	32
II. OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo general	32
2.2 Objetivos específicos	32
2.3 Hipótesis de investigación	33
2.4 Sistema de variables	33
2.4.1 Identificación de la variable	33
2.4.2 Operacionalización de variable	34
III. MATERIAL Y MÉTODOS	35
3.1 Tipo de estudio	35
3.2 Diseño de investigación	35
3.3 Universo, Población y Muestra	35
3.3.1 Criterios de Inclusión	37
3.3.2 Criterios de Exclusión	37
3.4 Procedimiento	37

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos	37
3.6 Plan de tabulación y análisis de datos	38
3.7 Aspectos Éticos	39
IV. RESULTADOS	40
V. DISCUSIÓN	45
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	49
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
IX. ANEXOS	55
Anexo N° 1 Solicitud de permiso	55
Anexo N° 2 Consentimiento informado	56
Anexo N° 3 Instrumento de investigación-ficha sociodemográfica	57
Anexo N° 4 Instrumento de investigación- ESCALA DASS-21	59

Índice de tabla

Tablas	Título	Pág.
1	Identificar las características sociodemográficas de las personas con mayor prevalencia de depresión ansiedad y estrés.	40
2	Identificar el nivel de depresión en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. Según dimensión depresión.	41
3	Identificar el nivel de ansiedad en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. Según dimensión ansiedad.	42
4	Identificar el nivel de estrés en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. Según dimensión estrés.	43
5	Contrastación de la hipótesis.	43

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021, nuestro estudio presenta enfoque cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo simple, la muestra estuvo conformado por 78 personas que laboran en la estación experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021, se consideró como instrumento una ficha sociodemográfica de nuestra autoría, tras nuestro estudio se evidenció que el 83.3% de la población estudiada son de sexo masculino, el 51.3% se encuentra entre las edades de 41-60 años de edad, el 42.3% reside en la ciudad de Tarapoto, el 66.7% tiene más de 11 años laborando en la Estación experimental Agraria El Porvenir, el 50.0% realizan trabajos de campo, producción de maíz, algodón, arroz, café, cacao y sacha inchi, el 37.2% tienen como grado de instrucción superior universitario, el 92.3% algún miembro de su familia o amigo cercano ha sido diagnosticado con COVID-19, el 80.8% ha permanecido en cuarentena de 15 a 3 días, el 88.5% en la actualidad realizan trabajos presenciales, el 83.3% tienen hijos de los cuales el 38.5% tienen dos hijos. El instrumento utilizado en nuestro estudio es la escala DASS – 21 modificada y adaptada por Antúnez, Z; Vinet, V; dos estudiantes de la Universidad de Chile. Podemos observar que 42.3% de la población estudiada presenta depresión en sus distintas gravedades, cuando hablamos de la escala ansiedad podemos observar que el 59% de la población estudiada sufre de ansiedad en sus diferentes gravedades, en el caso de la subescala estrés, según los estudios de nuestro trabajo se evidenció que el 35.9% de la población estudiada presenta estrés en sus diversas gravedades. Con el propósito de demostrar la existencia de asociación entre las variables del estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, se hallaron relaciones negativas con un grado de asociación $r = -0.06$ ($p > 0.05$); $r = -0.077$ ($p > 0.05$); y una relación positiva de $r = 0.048$ ($p > 0.05$). Por lo tanto; se acepta la hipótesis nula, donde no existe relación significativa entre las variables estudiadas.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, estrés, covid-19, salud mental.

Abstract

The objective of this research was to determine the level of depression, anxiety and stress in workers of the El Porvenir Agricultural Experiment Station in the context of Covid-19, from March to September 2021. The study presents a quantitative, non-experimental, simple descriptive approach, the sample consisted of 78 people who are employed at the El Porvenir Agricultural Experiment Station in the context of the Covid-19, from March to September 2021, and a self-written socio-demographic sheet was used as an instrument. It was found that 83.3% of the population under study are male, 51.3% are between the ages of 41-60 years old, 42.3% live in the city of Tarapoto, 66.7% have been working at the El Porvenir Agricultural Experiment Station for more than 11 years, 50.0% work in the fields, producing corn, cotton, rice, coffee, cacao and sacha inchi, 37.2% have a university degree, 92.3% have had a family member or close friend diagnosed with COVID-19, 80.8% have been in quarantine for 15 to 3 days, 88.5% are currently working on-site, 83.3% have children, of which 38.5% have two children. The instrument used in this study is the DASS - 21 scale, modified and adapted by Antúnez, Z; Vinet, V; two students from the University of Chile. According to the results, it can be observed that 42.3% of the studied population presents depression in its different severities, regarding the anxiety scale it can be observed that 59% of the studied population suffers from anxiety in its different severities, in the case of the stress subscale, according to the results of this study, it was found that 35.9% of the studied population presents stress in its different degrees of severity. In order to demonstrate the existence of an association between the study variables, Spearman's correlation coefficient was used, and negative relationships were found with a degree of association of $r = -0.06$ ($p > 0.05$); $r = -0.077$ ($p > 0.05$); and a positive relationship of $r = 0.048$ ($p > 0.05$). Therefore, the null hypothesis is accepted, in which there is no significant relationship between the variables under study.

Key words: Depression, anxiety, stress, covid-19, mental health.



TÍTULO:

Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la Estación Experimental Agraria el Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Conceptual

Para cuando el año 2019 llegaba a su fin la Organización Mundial de Salud comunicó sobre los acontecimientos de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Wuhan (China); y no se tenía ningún registro de su existencia hasta entonces, el 9 de enero de 2020 el centro chino para el control y la prevención de enfermedades reconoció que esta infección es causada por un nuevo coronavirus (SARS COV – 2); desde entonces la salud física y mental en las personas se encontraba comprometida (1).

Al 30 de enero de 2020, con más de 9700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo el consejo del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), declaró que el brote era una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC).

El 21 de enero de 2020, se identificó el primer caso de COVID-19 importado a la región de las Américas se identificó en los Estados Unidos de América en el estado de Washington. El 26 de febrero de 2020 llegó el nuevo coronavirus a América Latina, cuando Brasil confirmó su primer paciente 0 con COVID-19 (2).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró una pandemia mundial, debido al rápido aumento de las infecciones registradas en diferentes países. Desde el inicio de la pandemia a la fecha de este informe se obtuvieron más de 220 693 968 millones de casos notificados en todo el mundo y 4 467 431 defunciones. En la región, Brasil ha registrado cerca de 21 millones de casos, más de 580.000 muertes, la segunda cifra oficial de muertes más alta del mundo. Los países que se encontraban más afectados por el nuevo tipo de coronavirus en Latino América son Colombia, Perú, Chile y Ecuador (3) (4).

En el Perú, el 06 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso del paciente 0 con la COVID-19, el 15 de marzo, el gobierno de Perú declaró estado de emergencia y cuarentena general en todo el país, esta cuarentena es una situación sin precedentes recientes en nuestro país, y se espera que tenga un gran impacto en el bienestar físico y psicológico (5).

El 18 de marzo Año 2020 se captó el primer caso en la región San Martín, desde el inicio de este informe La región San Martín ha presentado 61,623 casos confirmados de la COVID-19, con una tasa positividad de 19.8%. Los distritos más afectados son Tarapoto, Moyobamba, Morales, Bellavista, Juanjuí, Rioja, Tabalosos, Lamas, Caynarachi, Tocache, Nueva Cajamarca y San Hilarión. San Martín registra 3,126 defunciones confirmadas por la COVID-19. En el cantón de Juan Guerra desde el inicio del estado de emergencia hasta el 27 de agosto 2021, se han reportado oficialmente 264 casos confirmados según datos de la Dirección Regional de Salud de la Región San Martín (6).

Desde este marco, si hablamos sustancialmente sobre el tema de este estudio, es la salud psicológica en el contexto de la emergencia sanitaria que vive la humanidad, debemos empezar mencionando a uno de los primeros estudios realizados en Wuhan sobre el impacto psicológico inmediato de la COVID-19 fue realizado por el Dr. Wang el cual consistió en una encuesta a 1.210 personas en la que el 53% valoraba el impacto psicológico de la situación como moderado-grave, el 16% refería síntomas depresivos entre moderados o graves, el 28% síntomas de ansiedad moderados o graves y el 8% niveles de estrés moderados o graves, para el 75% de las personas que fueron evaluadas el mayor temor era que sus familiares se contagiaran de coronavirus. En otro estudio entre residentes de Wuhan y ciudades vecinas un mes después del anuncio de la epidemia de la COVID-19, la tasa de síntomas de estrés postraumático fue del 7%. En el mismo grupo y con una muestra grande de 2.091 personas de China continental, encontraron una prevalencia del 4,6% de síntomas de estrés postraumático agudo (7).

De esta forma, argumentamos que determinar el impacto psicológico de la COVID – 19; es de vital importancia no sólo para las personas estudiadas sino también para la sociedad, ya que al conocer el impacto social de los problemas de salud, podemos idear estrategias para enfrentar las diferentes leyes.

Para desarrollar este proyecto se aplicará el test DASS-21 para evaluar el nivel de depresión, ansiedad y estrés. Los sujetos de la investigación serán personas que laboran en la Estación Experimental Agraria El Porvenir – San Martín, con sede en el distrito de Juan Guerra. A través del experimento obtendremos datos específicos útiles para la intervención y manejo adecuado de la salud mental de los trabajadores.

El periodo de estudio se realizó de marzo – septiembre del 2021 y el estudio se basó específicamente en la aplicación de la escala DASS-21 para evaluar depresión, ansiedad y estrés en personas que dieron positivo o que estuvieron en contacto con personas que presentaron la enfermedad o que tuvieron algún familiar fallecido a causa del SARSCOV-2.

1.2 Antecedentes

Ozamis N, Dosil M, Picaza M, et al (2020) investigación sobre “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote de la COVID-19 en muestras recogidas en el norte de España”. En la Comunidad Autónoma Vasca se analizaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión en presencia del virus y se estudiaron los niveles de síntomas psiquiátricos por edad, cronicidad y estado de encarcelamiento (confinamiento). Se tomó una muestra de 976 personas, los resultados arrojaron que los síntomas en general eran más leves al momento de la alarma, pero las poblaciones más jóvenes y las personas con enfermedades crónicas reportaron síntomas más severos que otras poblaciones. La cuarentena confirmó niveles más altos de síntomas y prohibió a las personas salir de sus hogares. Se espera que los síntomas aumenten a medida que avanza el confinamiento. Conclusión. Se amparan las intervenciones psicológicas preventivas y terapéuticas para paliar de los efectos psicológicos que pueda tener esta pandemia (8).

Cifuentes Á, Rivera D, Vera C, et al (2020); investigación “Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia”, se han identificado los factores subyacentes que provocan miedo, la ansiedad y la depresión y que afectan la salud mental durante la pandemia y las medidas de aislamiento en Colombia. El 98% piensa que la pandemia de la COVID-19 es un problema grave. 75% se ha sentido cansado sin motivo. 76% se ha sentido nervioso. 75% se ha sentido inquieto.

58% ha sentido rabia. 52% se ha sentido desesperanzado. 40% se sintió tan triste que nada podía calmarlo; En el grupo de personas que sufren a causa de la pandemia: 88% se ha sentido nervioso. 81% se preocupa por el futuro y la recesión económica, 69% teme caer en depresión o ansiedad. 66% se ha sentido poco útil o valioso. 61% ha tenido alguna enfermedad crónica o alguien de su familia. Conclusiones. Entre de los factores básicos que conducen al miedo, la ansiedad o la depresión, encontramos principalmente: la ansiedad por la propagación del nuevo coronavirus, el temor a la falta de atención médica en una situación de emergencia, la situación actual de los más pobres y vulnerables, las privaciones de la gente. La falta de cumplimiento de las personas a las medidas del gobierno y la recesión económica. Del mismo modo, algunas personas han informado específicamente que tienen miedo de caer en la ansiedad o la depresión durante los períodos de aislamiento (9).

Lozano A, (2020) en el trabajo de investigación “Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China”, en el ámbito laboral, nos esforzamos por conocer el impacto de la exposición a alto riesgo de sufrir la infección por la COVID-19, protección inadecuada frente a la contaminación, frustración, aislamiento, exposición al contacto con pacientes con emociones negativas, pérdida del contacto familiar y al agotamiento físico y mental. Como resultado, la crisis que viven los trabajadores salud genera problemas como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo. Resultados. En la población general de China se observó un impacto psicológico moderado a severo del 53,8%; un 16,5% de síntomas de depresión, 28,8% síntomas de ansiedad y 8,1% síntomas de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad y síntomas depresivos fueron del género femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una mala percepción sobre la salud. Otro estudio del mismo país encontró un 35% de la población general con malestar psicológico, presentando las mujeres niveles más altos que los hombres, así como los sub-grupos de edad de 18-30 años y mayores de 60 años. Conclusión. La pandemia plantea un desafío para la atención de la salud mental en los trabajadores de la salud y la población en general. Por lo tanto, utilizar herramientas concisas para detectar problemas de salud mental confirmados en nuestra población sería de gran utilidad para los desafíos de salud pública del país. (10).

Rosi R, Socci V, Talevi D, et al (2020), investigación “Impacto de las medidas de confinamiento y pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población general en Italia”. Una encuesta en línea de N = 18147, el presente estudio evalúa la prevalencia de los resultados de salud mental en la población general italiana de tres a cuatro semanas después de que comiencen las medidas de bloqueo y explora el impacto de los posibles factores de riesgo asociados con la COVID-19. Métodos se publicó una encuesta en línea en internet el 27 de marzo y el 6 de abril. 18147 personas completaron el cuestionario, 79.6% mujeres. Resultados. Los encuestados que respaldan síndrome de estrés postraumático (PTSS, siglas en inglés) depresión, ansiedad, insomnio, el estrés percibido y el trastorno de adaptación fueron 6604 (37%), 3084 (17.3%), 3700 (20.8%), 1301 (7.3%), 3895 (21.8%) y 4092 (22.9%), respectivamente. Ser mujer y una edad más joven se asoció con todos los resultados seleccionados. La cuarentena se asoció con PTSS, ansiedad y ADS. Cualquier evento de vida estresante reciente relacionado con COVID en la vida reciente se asoció con todos los resultados seleccionados. Actividad laboral interrumpida debida a la COVID-19 relacionada con todos los resultados seleccionados, excepto ADS; trabajar más de lo habitual se ha relacionado con PTSS, la ansiedad, depresión y estrés. Tener un ser querido fallecido por la COVID-19 se asoció con PTSS, depresión, estrés percibido e insomnio. Conclusión. Encontramos altas tasas de resultados negativos de salud mental en la población general italiana tres semanas después de las medidas de bloqueo de la COVID-19 y diferentes factores de riesgo relacionados con la COVID-19. Estos hallazgos justifican un mayor monitoreo de la salud mental de la población italiana (11).

Ochoa K, Bravo V, (2020) investigación “Estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de una empresa nacional durante la emergencia sanitaria por la Covid – 19 en Ecuador”. El propósito de esta encuesta es medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los empleados. Se contó con una muestra de 304 colaboradores, a quienes se les aplicó la ficha sociodemográfica y la escala DASS-21. Los resultados mostraron que el 80.9% de los empleados tenían al menos un síntoma de ansiedad, depresión o estrés; a intensidad moderada-baja con una puntuación por debajo del punto medio de la escala (PM=2). Identificándose porcentajes altos dentro del rango normal como estrés con un 97.7%, depresión 84.9% y ansiedad 79.9%; mientras que a nivel severo se evidenció ansiedad con

un 3.3%, depresión 1% y estrés 0.3%. Esto quiere decir que la pandemia por la COVID-19 ha tenido un impacto bajo en los trabajadores, y que entre las variables sociodemográficas asociadas con mayor sintomatología se encuentran las mujeres, las personas de la zona rural, las de bajos ingresos y aquellos que tuvieron un familiar o amigo cercano diagnosticado con la COVID-19 (12).

Vásquez L, (2020) tesis “Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de la COVID 19”. El presente estudio tiene como objetivo: Identificar la incidencia y la relación entre la ansiedad, depresión y estrés laboral en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19. Se planteó en el marco de un enfoque cuantitativo, que pertenece al tipo de descripción de correlación. Se utilizó la técnica de la encuesta aplicándose tres escalas, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Hamilton y la escala de estrés laboral de Hock, que constan de 14, 17 y 12 ítems respectivamente, con sus respectivas dimensiones. Teniendo como muestra del estudio a 45 personas, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. Se concluye que la incidencia de ansiedad, depresión y estrés laboral es de 68.9%, 53.5%, 44.4%, respectivamente. Además, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables ansiedad, depresión y estrés laboral, ni tampoco entre las variables ansiedad con las dimensiones de depresión y estrés laboral, así como entre la depresión y las dimensiones de ansiedad y estrés laboral, pero sí entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad, esta última se muestra en el siguiente resultado, $r = -0.323$ ($p < 0,05$) (13).

Millones P, González A, (2021) investigación “Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por covid-19, en jefes de hogar de un asentamiento humano en comas”. Objetivo: Determinar la depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar de un Asentamiento Humano en Comas. Este estudio se realizó desde el punto de vista de un enfoque cuantitativo, y su diseño metodológico de acuerdo a su circunferencia es descriptivo transversal. La población está compuesta por 115 jefes de hogar. La técnica realizada es la encuesta y la herramienta de medición fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), que incluye 21 ítems y 3 dimensiones, esto es de depresión, ansiedad y estrés. En cuanto a la edad, la mínima

fue 17 y máxima 85, siendo la edad media 41,31 años. En relación al sexo, 59,1% (n=68) son femenino y 40,9% (n=47) masculino. Resultados: En cuanto al impacto psicológico durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar predominó el valor final extremadamente severo con 41,7% (n=48), seguido de moderado en un 20,9% (n=24), leve con 20% (n=23), finalmente normal y severo presentaron cada uno 8,7% (n=10). En relación a las dimensiones, en depresión predominó el nivel moderado con 27% (n=31), en ansiedad el nivel moderado con 17,4% (n=20) y en estrés el nivel severo con 25,2% (n=29). Conclusiones: En este estudio se concluyó que en el impacto psicológico predominó el nivel extremadamente severo, seguida de moderada, leve, normal y severa. En cuanto a los aspectos, en depresión predominó el valor extremadamente severo, en ansiedad el nivel extremadamente severo y en estrés el nivel normal (14).

Gutierrez M, Caceres V, (2020) investigación “Impacto de la pandemia covid-19, en la salud mental de pacientes que acuden a una clínica privada en ventanilla”. El presente estudio tiene como objetivos: Determinar el impacto de la pandemia COVID-19, en la salud mental de pacientes que acuden a una clínica privada en Ventanilla. Materiales y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 204 pacientes. Se utilizó la técnica de encuesta y se empleó el instrumento de medición DASS-21, que mide el nivel de depresión, ansiedad y estrés, el cual está compuesta por 21 ítems y 3 factores. Resultados: En cuanto a los participantes, la edad mínima fue 18 años y máxima 85 años, siendo la edad media 39,51 años. En relación al sexo, 116 son femenino (56,9%) y 88 masculinos (43,1%). En cuanto a la salud mental de los participantes, predominó el nivel normal con 23% (n=47), seguido del moderado en un 21,6% (n=44), severo con 21,1% (n=43), leve en un 17,6% (n=36) y extremadamente severo con 16,7% (n=34). En relación a sus dimensiones, en la depresión predominó el nivel normal con 27% (n=55), en la ansiedad predominó el nivel normal en un 24% (n=49), en el estrés predominó el nivel leve con 25,5% (n=52). Conclusiones: De acuerdo a la salud mental de los pacientes, predominó el nivel normal seguido del moderado severo, severo, leve y extremadamente severo. En la dimensión depresión y ansiedad predominó el nivel normal, y en estrés predominó el nivel leve (15).

Cabe mencionar que nuestro trabajo de investigación será el primero a nivel local.

1.3 Bases teóricas

Depresión

(OMS 2020) La depresión es un trastorno de salud mental común que se manifiesta como profunda tristeza, pérdida de interés y alegría, baja autoestima y culpa, trastornos que afectan el sueño y el apetito, fatiga excesiva y falta de concentración. (16).

Fisiopatología

No se ha encontrado una causa exacta de la depresión. Parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Diversos tipos de estudios han demostrado que la depresión es un trastorno cerebral. Hay algunos tipos de depresión que se transmiten de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión puede ocurrir en personas que no tienen antecedentes familiares de depresión. Además, la pérdida de un ser querido, el trauma, una relación difícil o cualquier evento estresante pueden desencadenar la depresión. Incluso pueden provocar episodios depresivos con o sin agitación excesiva. (21).

Algunos tipos de depresión pueden afectar a varios miembros de la misma familia, lo que sugiere que los rasgos biológicos pueden heredarse. Esto muy a menudo en casos de trastorno bipolar. Un estudio de familias con miembros de cada generación con trastorno bipolar encontró que la composición genética de las personas con la afección es diferente de la de las personas sin la afección. Aun así, no todo el mundo tiene una predisposición genética al trastorno bipolar. Obviamente, existen otros factores que provocan la enfermedad: estrés importante, problemas familiares, laborales o escolares (22).

Factores genéticos

Dos estudios independientes realizados por investigadores de la Universidad de Washington (EE.UU) y del King's College de Londres (Reino Unido) han identificado una región del cromosoma 3 que contiene hasta 90 genes como una región relacionada con la depresión mayor. Finalmente, un estudio de una organización científica internacional secuenció parte del genoma de 5.303 mujeres chinas con depresión clínica encontró dos genes en el cromosoma 10, SIRT1 Y LHPP, que causan la depresión.

El gen SIRT1 (sirtuina) están involucradas en la formación de mitocondrias (los orgánulos que proporcionan energía a las células), lo que sugiere que las mitocondrias están involucradas en este trastorno mental. Se sabe que los pacientes con depresión tienen más ADN mitocondrial. Por otro lado, se sabe poco sobre el gen LHPP (fosfohistidina fosforlisina) (23).

(Doctor Molero, psiquiatra). No existe una causa única, pero es bien sabido que es el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, sociales y psicológicos. De media, hay algunos que normalmente aceptan una heredabilidad del 40-50%, y se transmiten de generación en generación. Por supuesto, también pueden ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión (24).

Factores químicos

Los niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, que son neurotransmisores operados por aminas que actúan sobre las neuronas del sistema nervioso central, pueden desempeñar un papel importante en la fisiopatología de la depresión.

Serotonina

La serotonina tiene efectos importantes en la generación de patrones rítmicos como el estado de ánimo, el comportamiento social, la atención, el movimiento, la percepción del dolor, el desempeño sexual, el apetito, la secreción endocrina, el ejercicio, la respiración, la masticación, la función cardíaca y los ciclos de sueño-vigilia.

En los seres humanos, los cambios en el sistema serotoninérgico se han relacionado con trastornos conductuales y neurológicos, incluidos trastornos alimentarios, además, la depresión, la epilepsia, la esquizofrenia y la ansiedad.

La mayor parte de la serotonina cerebral se produce en los núcleos de rafè, principalmente en el noveno núcleo del rafè, que se encuentra principalmente entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, que forma parte del tronco encefálico.

La serotonina se produce a partir del aminoácido triptófano, y se transporta a través de la barrera hemato-encefálica a las neuronas mediante un transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también transporta otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hemato-encefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. El proceso de síntesis de la serotonina ya se está produciendo en las neuronas.

Noradrenalina

El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que produce la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían principalmente axones a estructuras límbicas como la amígdala, la formación del hipocampo y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular y tiene un efecto tónico como marcapasos.

La norepinefrina participa en la motivación, la atención y la excitación, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensoriales, el sueño, el apetito, la regulación del comportamiento sexual y la recompensa, el aprendizaje, la regulación de la función y la memoria neurológica a menudo se ven afectadas en pacientes con depresión. Es un neurotransmisor. Con la excepción de la excitabilidad, todas las demás funciones involucran la combinación de norepinefrina con otro neurotransmisor.

Los niveles reducidos de norepinefrina observados en pacientes con trastornos alimentarios parecen ser los responsables de la presión arterial baja, la bradicardia, la hipotermia y la depresión observadas en este grupo (25).

La actividad de las neuronas del LC aumenta dramáticamente durante los periodos de vigilia y eventos estresantes, y cuando la actividad neuronal alcanza su punto máximo, ayuda a alertar al organismo sobre la necesidad de sobrevivir. Como se ha observado en modelos animales de depresión, el estrés crónico induce depresión reactiva, y la NE almacenada en LC es claramente sujeta a complemento, lo que conduce a un estado de

depresión reactiva. Tiene sentido aceptar la persistencia. Fenómenos fisiológicos similares ocurren en personas con depresión inducida por estrés crónico.

Dopamina

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitor. Este neurotransmisor, procedente de las vías mesocortical y mesolímbica, está implicado en el mantenimiento de la vigilia. Se deriva del aminoácido tirosina y se sintetiza de manera similar a la norepinefrina. La serotonina y la norepinefrina tienen efectos poderosos sobre los patrones de comportamiento y la función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motora. Estas tres sustancias son sin duda la base del funcionamiento normal del cerebro (19).

Factores psicosociales

Según Gonzales, R la tasa de suicidios por depresión en los alcohólicos sean 9,22 veces mayor que en el resto de la población general, y debido a la ingestión de esta sustancia tóxica, las personas se llenan de valores en su sociedad, afectando la capacidad de una persona para empeorar, intereses, relaciones, estándares de moral y éticos, también conduce a pérdidas financieras debido al ausentismo, una reducción de 10 a 15 años en la esperanza de vida y confusión familiar. Y cuando esto sucede, las diversas funciones de la familia como sistema social se ven claramente afectadas.

Sabemos que la separación, el divorcio, la clase obrera, las condiciones socioeconómicas inadecuadas, el empleo, la vida aislada en el centro de la ciudad, las dificultades profesionales y familiares son la causa social de la discapacidad (26).

La depresión es un trastorno común en las mujeres. Y se relaciona con varios factores de riesgo como: el B. Hay 5 o más hijos analfabetos, desempleados, ser ama de casa, estar divorciado o viudo y tener 5 o más hijos. Las experiencias traumáticas que ocurren temprano en la vida predisponen a la depresión en la edad adulta. Las personas deprimidas parecen ser más susceptibles a estos efectos opresivos ya que los eventos de su vida actual son más negativos (27).

Epidemiología

(OMS). La depresión es una enfermedad mundial que afecta a unos 300 millones de personas. En el peor de los casos, puede conducir al suicidio. Unas 800 000 personas se suicidan cada año, y el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años. Existen tratamientos efectivos para la depresión, pero más de la mitad (y más del 90% en muchos países) de las personas en todo el mundo no reciben dicho tratamiento (21).

(MINSALUD-Bogotá). La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que provoca (la mayor carga se debe a la discapacidad que provoca). Se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas en todo el mundo. La peor consecuencia de la enfermedad es el suicidio. Se estima que 800.000 personas se suicidan anualmente en todo el mundo, siendo los grupos de edad más afectados los de 15 a 29 años. las guías de práctica clínica de depresión utilizan el término depresión para referirse al DSM (Mental Disorders Diagnosis and Statistics Manual) o su equivalente en episodios de depresión o trastornos depresivos recurrentes (CIE 10) o episodios depresivos mayores (28).

Un estudio chino de 1210 personas en las primeras etapas de la pandemia mostró un 13.8% de síntomas depresivos leves. 12,2%, síntomas moderados; y 4,3%, síntomas graves. Hombres, personas sin educación, personas con enfermedades físicas (escalofríos, mialgia, mareo, secreción nasal y dolor de garganta) y las personas que no confiaban en la habilidad de los médicos para diagnosticar una infección por COVID-19, presentaron niveles más altos de depresión (10).

De igual manera, los pacientes con depresión pre pandémica son una de las poblaciones más afectadas por la cuarentena y el aislamiento social debido a que la disminución de la actividad física condujo a un aumento de los ritmos cardíacos y una menor adherencia al tratamiento. Así lo confirman las estadísticas que muestran que las secuelas psiquiátricas en tiempos de crisis, en concreto la depresión, son del 33% entre los pacientes hospitalizados por la COVID-19 y del 23% entre los profesionales sanitarios.

Además, un estudio epidemiológico de 1.478 pacientes con depresión mayor en Argentina, Brasil, Colombia y México mostró que el 30% de los pacientes presentaba este tipo de depresión, incluso en ausencia de factores biológicos y de estrés de la COVID-19, se han obtenido resultados preliminares que muestran que si se trata de una enfermedad, existen al menos dos tipos de antidepresivos, lo que confirman la importancia de abordar este tema para reducir el número de personas de alto riesgo, especialmente en la situación actual (29).

GINEBRA. - Al menos 322 millones de personas en el mundo sufren depresión, un 18% más que hace una década, y otros 264 millones padecen trastornos de ansiedad, un incremento del 15% respecto a hace diez años, según los últimos datos revelados hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevalencia es mayor en la edad adulta que en la juventud: un 7,5% en las mujeres de entre 55 y 74 años padecen depresión y un 5,5% de los hombres de la misma franja sufren la dolencia. La mitad de los 322 millones de personas que sufren depresión viven en el Sudeste Asiático y en la región del Pacífico, zonas donde están situados algunos de los países más poblados del mundo como China e India. En Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión sufre: un 5,8% de prevalencia; seguido de Cuba (5,5%); Paraguay (5,2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4,8%); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%). Les siguen Ecuador (4,6%); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%); Honduras (4%) y Guatemala (3,7%). La depresión es la enfermedad que más contribuye a la discapacidad en el mundo (un 7,5%) mientras que los trastornos de ansiedad es la sexta dolencia (un 3,4%). Además, la depresión es la primera causa entre las muertes por suicidio: 800.000 al año (30).

Clasificación

Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad del episodio se indica por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional (31).

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho, el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10.

DSM-5	CIE-10
<p>Trastornos depresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo mayor (episodio único o recurrente) - Trastorno depresivo persistente (distimia) - Trastorno de desregularización destructivo del estado de ánimo. - Trastorno disfórico premenstrual. - Otros trastornos depresivos especificados y no especificados. 	<p>Trastornos depresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodio depresivo. - Trastorno depresivo recurrente. - Distimia: trastorno del humor persistente. - Trastorno depresivo no especificado.
<p>Trastornos bipolares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno bipolar I: <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maniaco. - Episodio hipomaniaco. - Episodio de depresión mayor. - Episodio no especificado. - Trastorno bipolar II: <ul style="list-style-type: none"> - Episodio hipomaniaco. - Episodio de depresión mayor. - Trastorno ciclotímico. - Trastornos bipolares y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos o debidos a otra afección médica. - Otros trastornos bipolares y trastornos relacionados especificados y no especificados. 	<p>Trastornos bipolares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maniaco - Trastorno bipolar: episodio depresivo y episodio maníaco (mixto, en remisión). - Trastorno bipolar, otros episodios hipomaniacos y episodios depresivos. - Ciclotimia: trastorno del humor persistente.

La clasificación de trastornos mentales más ampliamente aceptada y utilizada en la actualidad es la DSM-V en la que basaremos para nuestra revisión (32).

Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor es uno de los llamados trastornos del estado de ánimo, que refleja el dolor constante, la depresión y la falta de motivación para realizar las actividades que alguna vez amaba. Estos sentimientos afectan todas nuestras emociones, pensamientos y comportamientos en general, creando interferencias en todos los ámbitos de nuestra vida, ya sea personal, el profesional y/o de relación.

La depresión mayor no se considera un dolor temporal que pueda aliviarse de la noche a la mañana, sino que a menudo requiere un tratamiento a largo plazo. Sin embargo, en la mayoría de los casos son reversibles.

El trastorno depresivo mayor es un episodio depresivo severo que tiende a durar de siete a nueve meses. Los niños con depresión mayor experimentan emociones intensas y persistentes de dolor y desesperación, que afectan significativamente sus vidas y funciones diarias. (33).

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Los síntomas depresivos que perciben durante más de 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, un tipo que combina la distimia con el antes conocido como trastorno depresivo mayor.

Los síntomas suelen comenzar de forma insidiosa en la adolescencia y pueden durar muchos años o incluso décadas. Los niveles de los síntomas a menudo fluctúan por encima y por debajo del umbral de los episodios depresivos mayores.

Los pacientes afectados suelen ser negativos, pesimistas, humorísticos, pasivos, confusos, introspectivos, autocríticos y quejumbrosos. Es probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente también tengan ansiedad subyacente, abuso de sustancias o trastornos de la personalidad (p. ej., personalidad de tipo límite).

Trastorno disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual se asocia con síntomas del estado de ánimo y de ansiedad que están claramente asociados con el ciclo menstrual, se desarrollan durante los periodos premenstruales y tienen intervalos asintomáticos después de la menstruación. Los síntomas deben haberse visto en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año.

Los síntomas son similares a los del síndrome premenstrual, pero causan molestias clínicamente significativas más graves y/o un deterioro significativo en el trabajo o el funcionamiento social. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la

menarquia; puede empeorar a medida que se acerca la menopausia, pero se detiene después de la menopausia. Se estima que la prevalencia es del 2 al 6% de las mujeres que menstrúan dentro de un intervalo determinado de 12 meses (34).

Criterios para valorar depresión

Criterios diagnósticos de la Depresión según la última edición DSM 5

La Depresión (DSM 5) se caracteriza por:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas ocurrieron en las mismas dos semanas y representaron un cambio de la capacidad funcional previa. Al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

Reducción significativa del interés o placer en todas o la mayoría de las actividades del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

Pérdida significativa sin dieta o aumento de peso (p. ej., cambio de peso de más del 5% en un mes) pérdida o aumento casi diario del apetito. (Nota: no se debe considerar el aumento de peso esperado en los niños.)

Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

Agitación psicomotora o desaceleración casi diaria (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente la auto culpabilidad o culpa por estar enfermo).

Capacidad reducida para pensar o concentrarse y tomar decisiones, casi todos los días (basado en información subjetiva y observaciones de otras personas). Pensamientos repetitivos sobre la muerte (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o discapacidad social, laboral u otras áreas funcionales importantes.
- B. Este episodio no se debe a los efectos fisiológicos de la sustancia u otras condiciones médicas.
- C. Episodio depresivo mayor que no se explica mejor por un espectro de esquizofrenia específico o no específico, trastorno de esquizofrénico, un trastorno delirante o un espectro esquizofrénico específico u otros trastornos mentales no especificados y otros.
- D. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el periparto.
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente) (35).

Clínica del trastorno depresivo

Los síntomas de depresión incluyen:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño

- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- Cansancio y falta de energía
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa
- Dificultad para concentrarse
- Movimientos lentos o rápidos
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
- Sentimientos de desesperanza o abandono
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual.

Recuerde que los niños pueden tener síntomas diferentes a los de los adultos. Preste especial atención a los cambios en el rendimiento académico, el sueño y el comportamiento. Hable con su médico si su hijo parece estar deprimido (35).

➤ **Ansiedad**

Definición

La ansiedad se puede definir como una predicción de riesgo o daño futuro, acompañada de sentimientos de incomodidad (malestar) y/o síntomas de estrés somático. Se espera que el daño objetivo sea interno o externo. Es un presagio de un peligro inminente y permite que una persona tome las medidas necesarias para responder a la amenaza. Es importante entender la ansiedad en ciertas situaciones como un sentimiento o estado emocional normal que es una respuesta común a diversas situaciones estresantes del día a día. Incluso algo de ansiedad es deseable para hacer frente con éxito a las exigencias de la vida diaria. El miedo se convierte en patológico y provoca un malestar significativo solo cuando supera una determinada intensidad o adaptabilidad, y los síntomas afectan tanto a nivel físico como mental y conductual (38).

Epidemiología

Los trastornos mentales más comunes (Can Psych Assoc, 2006), de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el

mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS, 2005), esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres (OMS, 2004). Según otros estudios se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% y en el último año una prevalencia del 18% (36).

Clasificación

Según los sistemas diagnósticos DSM-V los trastornos de Ansiedad se clasifican en:

Trastornos	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes asociados con la separación de alguien con quien tiene una relación cercana y manifestado por al menos tres manifestaciones clínicas centradas en ansiedad, comodidad no psicológica, falta de voluntad para estar solo en casa o mudarse a otro lugar (escuela, trabajo, etc.) y/o la presencia de pesadillas o síntomas físicos de separación o preocupación de estos contactos.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	La imposibilidad constante de hablar o responder a otro persona es una situación particular en la que debe hacerlo, aunque en otras situaciones lo hacen sin dificultad (el arquetipo está en casa y en presencia de familiares).	Duración de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela)
Fobia específica	Miedo o ansiedad intensos y persistentes, casi inmediatos un objeto o situación particular que puede evitarse o soportarse a expensas de un miedo-ansiedad intenso	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, entorno natural, sangre, heridas-inyecciones, situacional, entre otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar

		presentes un mínimo de 6 meses.
TA social	El miedo o la ansiedad intensos casi siempre ocurren en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona puede ser examinada por otros. L observador puede hacer una evaluación negativa del miedo de la persona a actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico está restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad y la evitación deben estar presentes en mínimo de 6 meses.
TA de angustia	Presencia de ataques de pánico recurrentes y repentinos. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio de comportamiento significativo y desadaptativo en el que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	Miedo o ansiedad que aparecen siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita tales situaciones por temor a tener dificultades para huir o conseguir ayuda si tiene síntomas angustiosos, u otros síntomas incapacitantes o incómodos.	El miedo, la ansiedad o la ansiedad deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno generalizado	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes e incontrolables acerca de varios eventos o actividades asociadas con al menos tres síntomas fisiológicos graves.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

Trastorno inducido por sustancias/medicación	El cuadro clínico se caracteriza esencialmente por la presencia de ataques de pánico o ansiedad y en él los que se evidencia que estos síntomas se desarrollan durante o poco tiempo después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o medicación que es probable que produzca síntomas.	No se dan exclusivamente durante el delirium.
TA debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza esencialmente por la presencia de crisis de pánico o ansiedad, con evidencia de que es consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante el delirium.
Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicos característicos de algún TA no cumple todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se indicará las razones específicas por las que no se cumplieron todos los criterios de diagnóstico.	Se ponen como ejemplo las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presentes la mayoría de días.
TA no especificados	Las presencias de síntomas clínicos característicos de algunos TA no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos para ninguno de estos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).	

(35).

Criterios diagnósticos ansiedad generalizada según el DSM-V

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que ocurren en más días de los que ha estado ausente fuera durante al menos 6 meses. En relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses (Nota en los niños solo se requiere un ítem):

- Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar o discapacidad clínicamente significativo en otras áreas sociales, ocupacionales o funcionales importantes.

Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un fármaco) ni otra afección médica (p. Ej., hipertiroidismo).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. Ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, juicio negativo en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Características según el CIE-10

(OMS). La característica central de este trastorno es un miedo generalizado y persistente que no se limita a ninguna situación ambiental en particular (es decir, "ansiedad flotante"). Al igual que con otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero la queja más común de sentirse constantemente nervioso, con manifestaciones de temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Las personas a menudo expresan temor de que ellos o un

miembro de la familia se enfermen o sufran un accidente, junto con muchas otras preocupaciones. Este trastorno es común en las mujeres y a menudo se asocia con estrés ambiental crónico. Este proceso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. (35).

➤ Estrés

Definición

(Cazabat y Costa). Los procesos fisiológicos y psicológicos se desarrollan cuando las necesidades ambientales percibidas superan la capacidad percibida del sujeto para poder satisfacerlas, y si estas necesidades no se satisfacen, provocan consecuencias significativas de las que el sujeto es consciente (39).

El estrés es una sensación de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que te haga sentir a uno frustrado, enojado o ansioso.

Epidemiología

En la población general de China se observó un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos.

La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de $42,92 \pm 17,88$ puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alto que el de los hombres (10).

En otro estudio chino de 52 730 personas durante las primeras etapas de la pandemia se encontró que el 35% de los participantes estaban bajo estrés psicológico y siendo las mujeres las más afectadas. Además, las personas de 18 a 30 años, y las mayores de 60 años, tuvieron niveles más altos de estrés psicológico. Las puntuaciones altas en el grupo de edad de 18 a 30 años pueden deberse al uso de las redes sociales como medio principal de comunicación, lo cual puede causar estrés fácilmente. Por otro lado, dado que la tasa más alta de muerte por COVID-19 ocurren en los ancianos, no es de extrañar que tengan más posibilidades de estar estresados. A demás cabe añadir que las personas mayores

tienen un acceso a internet y un uso de teléfonos inteligentes limitados, por lo que solo un pequeño porcentaje de ellos se beneficia de los servicios de salud mental en línea (42).

La epidemiología de los trastornos relacionados con el estrés es muy variable. La prevalencia a lo largo de la vida en las diferentes latitudes oscila entre 1%-12,3%. Los números pueden ser más altos, según la gravedad, la intensidad y la duración de factor estresante, así como de los factores relacionados al trauma, por ejemplo, la presencia de afecciones médicas subyacentes. Estudios a nivel mundial reflejan una probabilidad de exposición al trauma en los hombres es de alrededor del 61%, mientras que en las mujeres es del 51%. Se cree que las personas con mayor riesgo pueden llegar a desarrollar el trastorno entre un 30%-40% (1), (8). Sabemos que existen diferencias significativas entre los sexos. Las mujeres, a pesar de estar expuestas en menor porcentaje, tienen una vulnerabilidad mayor para desarrollar el trastorno relacionado con estrés. Además, se sabe que los factores estresantes son diferentes para cada género son distintos. Por ejemplo, las mujeres que desarrollan estos trastornos suelen ser víctimas de abuso físico y sexual, así como agresiones criminales. Por otro lado, los hombres que han estado expuestos a combate y que han sido víctimas de ataques delictivos por su integridad física son más vulnerables que los expuestos a otros estresores, en comparación con la población general (43).

Según la última encuesta del Instituto Integración, realizada a 2,200 personas en 19 departamentos del Perú, se puede concluir que:

Seis de cada diez peruanos señalan que su vida ha sido estresante en el último año.

Este estudio muestra que las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%). No solo los peruanos; el Centro de Estudios sobre Estrés Humano de Canadá y la Asociación Americana de Psicología de EE.UU. indican la misma tendencia: las mujeres experimentan más estrés subjetivo, lo que tiene un mayor impacto en su salud física y mental.

Para dos tercios, las condiciones económicas durante el último año han sido un factor estresante. El 68% de los peruanos no tiene ingresos para cubrir sus gastos al menos una vez en los últimos 12 meses.

Uno de cada tres peruanos considera que los problemas de salud son una fuente de estrés. Las personas mayores de 40 años son el colectivo más preocupado por su salud. Las mujeres tienen tasas más altas de salud mental.

Las inseguridades de los ciudadanos también tienen un efecto, ya que los ciudadanos más temerosos de ser víctimas de actos de violencia describen sus vidas como más estresantes. El 31% de los que estaban preocupados por convertirse en víctimas han tenido un año muy estresante.

El 17% atribuye la relación al estrés. Las personas entre 18 y 39 años se ven más afectadas por los problemas con su pareja.

El 17% también ve los problemas de los niños como otra causa de estrés. Las mujeres están más interesadas en este aspecto. Cabe señalar que el 24% de las madres peruanas (1 millón 200 mil madres) son las únicas responsables de la crianza de sus hijos (44).

Efectos del estrés en individuos

Los cambios en el cuerpo que ocurren durante el estrés son muy beneficiosos cuando ocurren solo por un corto periodo de tiempo. Sin embargo, si esto sucede durante un largo periodo de tiempo, la sobreproducción de hormonas del estrés puede ser perjudicial para la salud. El estrés crónico a largo plazo daña el cuerpo. Los efectos sobre la salud son los siguientes:

- Sistema digestivo: Dolor abdominal debido a la excreción lenta después de las comidas. La actividad del colon también aumenta y puede causar diarrea.
- Obesidad: Aumento del apetito, lo que contribuye al incremento de peso. Tener sobrepeso u obesidad corre el riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- Sistema inmunitario: Sistema inmunológico debilitado, por lo que es más probable que contraiga un resfriado u otra infección.
- Sistema nervioso: Ansiedad, depresión, insomnio y falta de interés por la actividad física. La memoria y la capacidad para tomar decisiones pueden verse afectadas.

- Sistema cardiovascular: Aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y grasa en la sangre (colesterol y triglicéridos). Además, especialmente por la noche, aumento de los niveles de azúcar en la sangre y aumento del apetito. (Todos estos efectos son factores de riesgo de enfermedades cardíacas, arteriosclerosis, accidentes cerebrovasculares, obesidad y diabetes) (46).

De hecho, los síntomas del estrés pueden afectar su cuerpo, sus pensamientos, sus emociones, y su comportamiento. Ser capaz de identificar los síntomas comunes del estrés puede ayudarle a controlarlos. El estrés descontrolado puede causar muchos problemas de salud, como la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, la obesidad y la diabetes.

Efectos comunes del estrés:

En tu cuerpo	En tu estado de ánimo	En tu comportamiento
Dolor de cabeza	Ansiedad	Consumo de comida en exceso o por debajo de lo normal
Tensión o dolor muscular	Inquietud	Arrebatos de ira
Dolor en el pecho	Falta de motivación o enfoque	Drogadicción o alcoholismo
Fatiga	Sentirse abrumado	Consumo de tabaco
Cambio en el deseo sexual	Irritabilidad o enojo	Aislamiento social
Malestar estomacal	Tristeza o depresión	Práctica de ejercicio con menos frecuencia

(39).

Clasificación

El manejo del estrés puede salir enrevesado y embarullado porque existen diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico. Cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración.

Tipos de estrés	Características	Síntomas	Duración
Estrés agudo	Esto se debe a solicitudes y cargas útiles recientes, así como a requisitos y cargas útiles esperados en el futuro.	<p>Agonía emocional: una combinación de tres emociones estresantes: enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión.</p> <p>Problemas musculares como fuertes dolores de cabeza, dolor de espalda, dolor de mandíbula, tensión muscular, lo que lleva a desgarros musculares y problemas de tendones y ligamentos.</p> <p>Problemas gástricos e intestinales como acidez estomacal, gases, diarrea, estreñimiento y síndrome del intestino irritable.</p> <p>Excitación temporal que conduce a presión arterial alta, latidos cardíacos rápidos, palmas sudorosas, palpitaciones, mareos, migraña, extremidades frías, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.</p>	Estrés a corto plazo, que se da en ocasiones del día.
Estrés agudo episódico	<p>Personas que tienen vidas desordenadas. Siempre tienen prisa, pero siempre llegan tarde.</p> <p>No pudieron clasificar el número de juicios y restricciones voluntarias que requerían atención. Son hostiles e inseguridad profundamente arraigada.</p>	Los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobre agitación prolongada: dolor de cabeza intenso y persistente, migraña, presión arterial alta, dolor del pecho, enfermedades del corazón.	Puede tomar varios meses.
Estrés crónico	Destruye el cuerpo, la mente y la vida. Es el estrés de la pobreza, una familia disfuncional, estar atrapado en un matrimonio infeliz o el estrés de un trabajo o carrera que odias.	<p>Enfermedades del aparato digestivo, enfermedades cutáneas y problemas cardíacos.</p> <p>Ansiedad e impotencia aprendida.</p> <p>Insomnio, ansiedad, depresión, malestar mental, abuso de alcohol o sustancias.</p>	Episodios aparentemente interminables que duran años y puede ocasionar suicidio.

(47).

Escala DASS-21

Es cierto que la depresión y la ansiedad son diagnósticos y condiciones diferentes, pero clínicamente pueden coexistir, siendo muy difíciles de diagnosticarlas y diferenciarlas, con la finalidad de mejorar esta problemática el profesor Lovibond, H uno de los padres de la psicología australiana moderna junto a su hijo Lovibond, P quién también es un destacado docente en psicología y ciencias cognitivas desarrollaron la escala DASS, hasta la fecha, varios estudios han probado directamente la validez de la configuración del DAS Si bien es cierto, la depresión y la ansiedad son diagnósticos y afecciones diferentes, en la práctica clínica pueden ser padecida simultáneamente, por lo que a lo largo de los años el diagnóstico y la diferenciación se hizo muy difícil y complicada, con la finalidad de mejorar esta problemática el profesor Lovibond, H uno de los padres de la psicología australiana moderna junto a su hijo Lovibond, P quién también es un destacado docente en psicología y ciencias cognitivas desarrollaron la escala DASS, hasta la fecha, algunos estudios han probado directamente la validez de constructo del DASS, tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas, en jóvenes y adultos.

Esta escala se desarrolló no sólo como otra prueba para medir estados emocionales, sino también para promover el proceso de definición, comprensión y medición de los estados emocionales generales y clínicamente importantes.

La escala original incluye 42 ítems, cada una de las tres escalas contiene 14 elementos, divididos en subescalas de 2 a 5 elementos con contenido similar, por este motivo se consideró realizar la versión reducida de la escala DASS - 21, la que permite administrarlo en menos tiempo, mantiene la misma estructura factorial y brinda resultados similares al DASS completo.

En general, el DASS completo suele ser preferible para el trabajo clínico y el DASS - 21 suele ser el mejor para fines de investigación, esta versión reducida está compuesta de tres subescalas, la subescala de depresión (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), la subescala de ansiedad (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) y la subescala de estrés (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Los indicadores evaluados por la subescala de Depresión son: la disforia, desesperanza, devaluación de la vida, el autodesprecio, falta de interés/participación, anhedonia e inercia. La subescala de Ansiedad evalúa la activación autonómica, los efectos del músculo esquelético, ansiedad

situacional y la experiencia subjetiva de afecto ansioso. La subescala de Estrés que evalúa la dificultad para relajarse, excitación nerviosa y el estar molesto/agitado, irritable/reactivo e impaciente.

En cuanto a la puntuación, la escala está indicada por las letras D (Depresión), A (Ansiedad) y S (Estrés). Para cada escala (D, A & S) se debe sumar las puntuaciones de los ítems antes mencionados y multiplicarlos por dos (x2); esto debido a que el DASS 21 es una versión abreviada del formulario original que está compuesto por 42 ítems (12).

Clasificaciones de gravedad DASS

Niveles de depresión	Puntuación
Normal	0-9
Leve	10-13
Moderada	14-20
Severa	21-27
Extremadamente severa	28+
Niveles de ansiedad	Puntuación
Normal	0-7
Leve	8-9
Moderada	10-14
Severa	15-19
Extremadamente severa	20+
Niveles de estrés	Puntuación
Normal	0-14
Leve	15-18
Moderada	19-25
Severa	26-36
Extremadamente severa	34+

(12).

1.4 Definición de términos

Estrés. El estrés se puede respetar como un proceso que comienza cuando una persona percibe una situación o evento como una amenaza o una carga para los recursos. Los eventos desencadenantes son a menudo eventos relacionados con cambios que requieren un ejercicio excesivo por parte del individuo y por lo tanto ponen en peligro su bienestar personal (40).

Ansiedad. La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite percibir eventos que están en peligro. De hecho, la ansiedad hasta cierto punto proporciona un buen elemento de preparación o de precaución, especialmente en situaciones peligrosas (38).

Depresión. La depresión es un trastorno emocional que provoca un duelo constante y una pérdida de interés en diversas actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», puede afectar a las emociones, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales (21).

Salud mental. La salud mental abarca nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos en la vida. También ayuda a controlar el estrés, interactuar con otros y dictar cómo se toman las decisiones (55).

Población. Por lo general, la población se refiere a un área geográfica en particular o a un grupo de personas que viven en esa área (56).

Covid – 19. El COVID-19 es una nueva forma de infección por Coronavirus la cual se debe al nuevo virus SARS-CoV2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios. Este nuevo virus es diferente de los que causan el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente) (57).

Escala DASS. Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) se desarrolló con el objetivo de evaluar la presencia de efectos adversos de la depresión y la ansiedad y maximizar la distinción entre estas condiciones, cuya superposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995) (58).

Síntomas. Permite nombrar a la señal o signo de algo que está pasando o pasará en el futuro (59).

Enfermedad. Es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (60).

Cuarentena. Este es un momento en el que se están haciendo esfuerzos para aislar a las personas que pueden haber estado enfermas pero que aún no han desarrollado síntomas. Esto también se aplica a las personas y comunidades sanas que desean protegerse de una posible transmisión (61).

1.5 Justificación

Actualmente estamos presenciando uno de los peores desastres de salud pública de nuestro tiempo, conocido como la pandemia de COVID-19. Ha matado a más de 5 millones de personas en todo el mundo, y el estado mental de las personas se ve afectado por los confinamientos, la falta de trabajo y la sostenibilidad familiar.

El presente proyecto de tesis es relevante porque tiene como objetivo identificar los efectos en la salud mental de las personas que dieron positivo a la Covid-19 en la Estación Experimental Agraria El Porvenir – San Martín, con sede en el distrito de Juan Guerra, debido a que es un aspecto importante para el desarrollo personal en el factor humano y tener como muestra comparativa sobre cómo podría estar la salud mental en las diferentes instituciones a nivel no solo San Martín también a nivel nacional.

Buscamos beneficiar no solo a los trabajadores de la estación experimental el Porvenir, sino también a toda la comunidad en general. Esto se debe a que nuestro entorno entorno en los que vivimos condicionan actitudes, actividades y la forma en la que percibimos el mundo, con este estudio de investigación buscamos disminuir el impacto psicológico que genera la pandemia en los aspectos de la salud mental alertando a los diferentes organismos de atención de salud psicológica sobre la cantidad de personas que tienen un estado mental desfavorable en la estación experimental, promoviendo la atención y actuación de los servicios de salud mental, lo que se verá reflejado en la calidad de vida de la población actual y futura.

Este proyecto en conjunto con los diferentes resultados de otras investigaciones nacionales e internacionales contribuyó al mejor conocimiento sobre la depresión, ansiedad y estrés en el contexto de la COVID-19, lo cual nos permitió percibir la realidad del estado de la salud mental en una población de trabajadores, la cual estuvo conformada por los trabajadores de la estación experimental el Porvenir, del mismo modo nos ayudó a conocer

los efectos causados en la salud mental de las personas que contrajeron el virus y/o estuvieron en contacto directo con personas que dieron positivo al Sars Cov 2 éstos serán de gran aporte para profesionales de la salud como: médicos, enfermeros, psicólogos, etc. porque permitirá reconocer en forma oportuna el comportamiento de las variables en la sociedad y plantear posibles soluciones a los problemas que estas generen, buscamos servir de guía a otros investigadores para contribuir a un mayor monitoreo de la salud mental en la población en general.

Nuestro estudio es de tipo descriptivo cuantitativo transversal. En el aspecto metodológico, aporta instrumentos de recolección de datos sometidos al proceso de validez y confiabilidad, para ello se utilizará la escala de DASS-21 los datos obtenidos serán recolectados y analizados en el paquete estadístico Excel y SPSS.

1.6 Problema

¿Cuál es el nivel de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de la estación experimental El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las personas con mayor prevalencia de depresión ansiedad y estrés.
2. Identificar el nivel de depresión en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. **Según dimensión depresión.**

3. Identificar el nivel de ansiedad en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. **Según dimensión ansiedad.**
4. Identificar el nivel de estrés en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la Covid-19 marzo - septiembre 2021. **Según dimensión estrés.**

2.3 Hipótesis de investigación

Ha: Existe relación significativa entre las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la COVID-19, durante el periodo de marzo – septiembre 2021.

Ho: No existe relación significativa entre las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés en personas de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la COVID-19, durante el periodo de marzo – septiembre 2021.

2.4 Sistema de variables

2.4.1 Identificación de la variable

Univariable depresión, ansiedad y estrés

2.4.2 Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Depresión Ansiedad Estrés	La escala se construyó no sólo como otro test para medir estados emocionales, sino para promover el proceso de definición, comprensión y medición de los estados emocionales frecuentes y clínicamente significativos, con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión, ansiedad y estrés y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995).	La depresión, ansiedad y estrés será medido mediante DASS-21, consta de 21 preguntas separadas de acuerdo a los indicadores.	Depresión	Disforia Desesperanza Devaluación de la vida Auto desprecio Falta de interés/participación Anhedonia Inercia	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Normal: 0-9 Leve: 10-13 Moderada: 14-20 Severa: 21-27 Extremadamente severa: 28+
			Ansiedad	Activación autonómica Efectos del músculo esquelético Ansiedad situacional Experiencia subjetiva de afecto ansioso	2,4,7,9,15,19, 20	Normal: 0-7 Leve: 8-9 Moderada: 10-14 Severa: 15-19 Extremadamente severa: 20+
			Estrés	Dificultad para relajarse Excitación nerviosa Molesto/agitado Irritable/reactivo Impaciente	1,6,8,11,12,14,18	Normal: 0-14 Leve: 15-18 Moderada: 19-25 Severa: 26-33 Extremadamente severa: 34+

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Descriptivo

En los estudios descriptivos, los investigadores se limitan a medir la presencia, las características o la distribución de los fenómenos dentro de la población de estudio como si se tratara de un corte en el tiempo (62). En resumen, el diseño de la investigación se refiere a la creación y el análisis de datos de preguntas formuladas sobre un tema en particular.

Cuantitativo

A partir de los datos recopilados, explicar y predecir y/o controlar el fenómeno a través de un enfoque de adquisición de datos numéricos. Puede probar hipótesis predefinidas, esto le permite medir la frecuencia de un fenómeno y observar en condiciones reales, esto se logra a través de numerosas entrevistas, recopilando grandes cantidades de datos con personas.

3.2 Diseño de investigación

El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo transversal.



Transversal

Tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido, teniendo en cuenta la prevalencia, el efecto causado en la población la magnitud de exposición a la que la población se encuentra expuesta (63).

3.3 Universo, Población y Muestra

Universo: Todas las personas que laboran en la Estación Experimental Agraria El Porvenir
– San Martín que son un total de 97 personas

Población: Todas las personas que laboran en la Estación Experimental Agraria El Porvenir – San Martín que son un total de 97 personas

Muestra: Por ser representativa, se trabajará con las 78 personas que laboran en la Estación Experimental Agraria El Porvenir – San Martín

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

$$n = \frac{97 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{96 \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{93.1588}{1.2004}$$

$$n = 77.6$$

$$n = 78$$

n= El tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0.5.

Z= Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que si no se tiene su valor se toma en relación al 95% de confianza que equivale a 1.96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2.58, valor que queda a criterio del investigador.

e= Límite aceptable de error muestra el que, generalmente cuando no se tiene su valor que varía entre el 1% (0.01) y 9% (0.09) valor que queda a criterio del encuestador.

3.3.1 Criterios de Inclusión.

- Hombres y mujeres que trabajan en la estación experimental agraria El Porvenir-SM.
- Participar en la investigación de manera voluntaria.

3.3.2 Criterios de Exclusión

- Trabajadores que están enfermos con descanso médico.
- Trabajadores vulnerables que no están laborando.

3.4 Procedimiento

- Se realizó la revisión bibliográfica y elaboración del proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Posteriormente se presentó el proyecto de investigación a la EPE – FCS.
- Se recolectó los datos del estudio, según definición de población y muestra.
- Se solicitó aprobación del director de la estación para la recolección de datos en los trabajadores.
- Se realizó el vaciado de datos y análisis estadístico de la información.
- Se elaboró el informe de tesis y se presentó ante la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación y designación de jurado para sustentación.
- Posteriormente se procedió con la sustentación de la tesis

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será la encuesta, el instrumento será escala DASS – 21 modificada y adaptada por Antúnez, Z; Vinet, V; de la universidad de Chile el cual consta de 21 interrogantes que como en la escala original se dividen en tres grupos, la subescala de depresión (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), la subescala de ansiedad (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) y la subescala de estrés (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), se aplicará la ficha sociodemográfica para recolectar información general con el objetivo de estudiar de manera más profunda los casos y crear estrategias que se adapten a sus necesidades.

La encuesta se realizará de manera presencial en la Estación Experimental el Porvenir, para el cual se les entregará la ficha sociodemográfica y el test de DASS-21 para su respectivo llenado.

En cuanto a la puntuación, la escala está indicada por las letras D (Depresión), A (Ansiedad) y S (Estrés). Para cada escala (D, A & S) se debe sumar las puntuaciones de los ítems antes mencionados y multiplicarlos por dos (x2); esto debido a que el DASS 21 es una versión abreviada del formulario original que está compuesto por 42 ítems

Gravedad:

Niveles de depresión	Puntuación
Normal	0-9
Leve	10-13
Moderada	14-20
Severa	21-27
Extremadamente severa	28+
Niveles de ansiedad	Puntuación
Normal	0-7
Leve	8-9
Moderada	10-14
Severa	15-19
Extremadamente severa	20+
Niveles de estrés	Puntuación
Normal	0-14
Leve	15-18
Moderada	19-25
Severa	26-33
Extremadamente severa	34+

3.6 Plan de tabulación y análisis de datos

Tabulación:

Los resultados se presentarán en cuadros descriptivos.

Procesamiento de datos:

Para el análisis de los datos se usaron 2 programas estadísticos, el primero es Excel 2019 que nos ayudará ordenar la información obtenida, se usará también como apoyo el programa estadístico SSPS para el análisis de datos.

3.7 Aspectos Éticos

Principio de respeto y dignidad humana

Las personas con las que trabajamos fueron tratadas todo el tiempo con respeto e igualdad sin importar la su etnia, clase social, sexo o religión.

No maleficencia

Esta investigación se realizó con la finalidad de mejorar la salud mental en el contexto de la pandemia causada por la enfermedad COVID 19.

Consentimiento informado

Todas las personas que participaron en esta investigación serán informadas previamente sobre la finalidad de la aplicación de la escala DASS-21 para medir estrés, depresión y ansiedad y estuvieron de acuerdo acerca de la realización de la misma.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Identificar las características sociodemográficas de las personas con mayor prevalencia de depresión ansiedad y estrés.

Característica		%Depresión	%Ansiedad	%Estrés
Sexo	F	8	10	8
	M	34	49	30
Años	19 a 40 años	13	18	11
	41 a 60 años	22	33	20
	61 años a más	6	7	5
Sector de residencia	Juan Guerra	20	23	16
	Tarapoto	17	26	13
	Morales	1	8	2
	La banda de Shilcayo	2	1	2
	Otros	1	1	1
Años en la institución	<1 año	5	12	6
	1 a 10 años	5	7	6
	> a 11 años	32	41	26
Puesto de trabajo	Administrativos	12	12	15
	Trabajos de campo	20	20	31
	Servicios generales	3	3	3
	Laboratorios	1	1	5
	Crianzas	5	5	5
Grado de instrucción	Superior universitario	10	22	11
	Superior técnico	18	22	14
	Secundaria completa	9	12	8
	Secundaria incompleta	4	2	1
	Primaria Completa	1	1	1
Diagnosticados familiar o amigos con la COVID-19	Si	42	57	36
	No	0	1	0
Tiempo de cuarentena	15 a 30 días	34	49	30
	30 a 45 días	8	10	6
	45 a 60 días	1	1	0
Modalidad de trabajo	Presencial	38	51	32
	Mixto	2	6	3
	Remoto	1	2	1
¿Tiene hijos?	Si	48	31	34
	No	12	7	10

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Interpretación: En la presente tabla sociodemográfica podemos observar que de la población estudiada que presentó mayor sintomatología eran de sexo masculino, el 49% ansiedad, el 34% depresión y el 30% estrés. Así mismo se puede observar que la población de entre 41 a 60 años, el 33% presentó ansiedad, el 22% depresión y el 20% estrés. También tenemos que en el sector de Tarapoto existe un 26% de la población que presenta ansiedad, en el sector de Juan Guerra existe un 20% de trabajadores que presentaron depresión y un 16% de estrés. Los trabajadores que se encuentran laborando >11 años en la institución presentaron un 41% de ansiedad, 32% de depresión y 26% de estrés. Se evidencia que en los trabajos de campo el personal manifestó mayor sintomatología, teniendo así que el 31% presentó estrés y en un 20% depresión y ansiedad. Así mismo que el grado superior técnico presentó los mayores índices de sintomatología, el 22% ansiedad, el 18% depresión y el 14% estrés. Los trabajadores que tuvieron familiares o amigos con la COVID-19 presentaron, 57% ansiedad, 42% depresión y 36% de estrés. El tiempo de cuarentena prevalente fue de 15 a 30 días y estos presentaron, 49% de ansiedad, 34% de depresión y 30% de estrés. Los empleados que tienen una modalidad de trabajo presencial son los que tuvieron mayor sintomatología, el 51% de ansiedad, el 38% de depresión y el 32% de estrés. Por último las personas que tienen hijos presentaron 48% de depresión, 34% de estrés y 31% de ansiedad.

Tabla 2: Dimensión Depresión

La dimensión de: Depresión consta de 7 interrogantes, obteniendo la siguiente puntuación según escala Likert:

Niveles de depresión	Puntuación
Normal	0-9
Leve	10-13
Moderada	14-20
Severa	21-27
Extremadamente severa	28+

Niveles de depresión		Frecuencia n=78	Porcentaje (%)
Válido	Normal	45	57,7%
	Leve	11	14,1%
	Moderada	16	20,5%
	Severa	5	6,4%
	Extremadamente severa	1	1,3%
	Total	78	100,0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Interpretación: En la presente tabla podemos observar que el 57.7% de la población estudiada no presenta depresión, seguido 20.5% presenta depresión moderada, el 14.1% presenta depresión leve, el 6.4% depresión severa, el 1.3% depresión extremadamente severa.

Tabla 3: Dimensión Ansiedad

La dimensión Ansiedad consta de 7 interrogantes, obteniendo la siguiente puntuación según escala Likert:

Niveles de ansiedad	Puntuación
Normal	0-7
Leve	8-9
Moderada	10-14
Severa	15-19
Extremadamente severa	20+

Niveles de ansiedad		Frecuencia n=78	Porcentaje (%)
Válido	Normal	32	41,0%
	Leve	14	17,9%
	Moderada	13	16,7%
	Severa	8	10,3%
	Extremadamente severa	11	14,1%
	Total	78	100,0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Interpretación: En la presente tabla podemos observar que el 41.0% de la población estudiada no presenta ansiedad, seguido de un 17.9% presenta ansiedad leve, el 16.7% ansiedad moderada, 10.3% ansiedad severa y el 14.1% ansiedad extremadamente severa.

Tabla 4: Dimensión Estrés

La dimensión de: Estrés consta de 7 interrogantes, obteniendo la siguiente puntuación según escala Likert:

Niveles de estrés	Puntuación
Normal	0-14
Leve	15-18
Moderada	19-25
Severa	26-33
Extremadamente severa	34+

Niveles de estrés		Frecuencia n=78	Porcentaje (%)
Válido	Normal	50	64,1%
	Leve	10	12,8%
	Moderada	12	15,4%
	Severa	4	5,1%
	Extremadamente severa	2	2,6%
	Total	78	100,0%

Fuentes: Elaboración propia de la investigación.

Interpretación: En la presente tabla podemos observar que el 64.1% de la población estudiada no presenta estrés, seguido de un 15.4% presenta estrés moderado, el 12.8% estrés leve, el 5.1% estrés severo, finalmente el 2.6% estrés extremadamente severo.

Tabla 5: Contrastación de la Hipótesis.

Correlación de Spearman		Depresión	Ansiedad	Estrés
Depresión	Coeficiente de correlación	1,003	-0.065	-0.048
	p-valor		0,662	0,737
Ansiedad	Coeficiente de correlación	-0.065	1,003	-0.077
	p-valor	0,662		0,630
Estrés	Coeficiente de correlación	-0.048	-0.077	1,003
	p-valor	0,737	0,630	

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Interpretación: Con el propósito de demostrar la existencia de asociación entre las variables del estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, donde se logró evidenciar que la asociación entre la depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de la Estación Experimental Agraria El Porvenir en el contexto de la COVID-19 durante el periodo de marzo a setiembre 2021, reflejó no ser estadísticamente significativa. Se hallaron relaciones negativas con un grado de asociación $r = -0.06$ ($p > 0.05$); $r = -0.077$ ($p > 0.05$); $r = -0.048$ ($p > 0.05$). Por lo tanto; se acepta la hipótesis nula, donde no existe relación significativa entre las variables estudiadas.

V. DISCUSIÓN

La salud mental es uno de los grandes olvidados, si hablamos de la salud holística del ser humano, en esta pandemia de la COVID-19 se evidenció el deterioro paulatino de la salud mental, según los reportes estadísticos de la Dirección Regional de Salud San Martín, en el 2021 se estima que 168 mil 369 personas mayores de 12 años están afectadas con al menos un trastorno de salud mental, así mismo en el estudio presentado sobre la depresión, ansiedad y estrés en el contexto de la COVID-19 en los trabajadores de la estación experimental El Porvenir en los meses de marzo- setiembre 2020, podemos observar que si bien el trabajo da una hipótesis nula y no existe una relación entre las variables estudiadas, no podemos dejar a un lado el porcentaje que muestra que hay problemas de salud mental, tales como la depresión, ansiedad y estrés en sus diferentes niveles de gravedad.

En la tabla N.º 1 podemos observar que existen porcentajes considerables de depresión, ansiedad y estrés relacionados con la sociodemográfica en los trabajadores de la estación experimental el porvenir en el contexto de la COVID-19 en el periodo marzo-septiembre 2021. El 49% de la población de sexo masculino presenta ansiedad, el 34% depresión y el 30% estrés, difiriendo con el estudio de **Rosi, R; Soggi, V; Talevi, D; et al (2020)** el cual menciona que ser mujer en una edad más joven presentaron 37% de depresión, 17.3% de ansiedad y 28.1% de estrés (11). De igual manera con el estudio de **Lozano, A, (2020)**, donde señalan que ser de sexo femenino, ser estudiante, manifiestan un 16.5% de síntomas depresivos, un 28.8% de ansiedad y 8.1% de estrés (10).

En la tabla N.º 2 podemos observar que si bien el 57.7% de la población estudiada no presenta depresión por lo que podemos observar una clara relación con el estudio de **Ochoa, K; Bravo, V (2020)** donde señalan valores altos dentro del rango normal como depresión con un 84.9% (12). Sin embargo en la tabla se evidencia que el 20.5% de la población estudiada presenta depresión moderada, el 14.1% presenta depresión leve, el 6.4% depresión severa, el 1.3% depresión extremadamente severa, el cual dan como resultado total que un 42.3% de la población presenta distintos tipos de depresión, relacionándose con el estudio realizado por **Vásquez, L. (2020)** en donde concluye que la incidencia de depresión fue de 53.5% (13) de igual manera con el estudio de **Rosi, R;**

Socci, V; Talevi, D; et al (2020) menciona que en una encuesta completada por un 79.6% de mujeres, el 37% presentó depresión (9) en la misma línea en el estudio de **Millones, P. Gonzales, A. (2021)** un porcentaje relevante de 27% de depresión moderada en jefes de hogar en un asentamiento humano en comas, sin embargo en un estudio realizado en china de los investigadores **Lozano, A, (2020)** dieron como resultados que el 16.5% de la población general de China presentó síntomas depresivos entre moderados y severos durante la emergencia sanitaria (10).

Del mismo modo en la tabla N.º 3 podemos observar que el 41.0% de la población estudiada no presenta ansiedad, y podemos relacionarlo con el estudio de **Ochoa, K; Bravo, V (2020)** el cual presenta un 79.9% de la población en un rango normal de estrés (12), pero presenta 3.3% de ansiedad en un grado severo, teniendo poca relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio que presentan un 10.3% de ansiedad severa, seguido de un 17.9% presenta ansiedad leve, el 16.7% ansiedad moderada, y el 14.1% ansiedad extremadamente severa, el cual nos da un total de que el 59% del total de la población estudiada presenta ansiedad en las diversas gravedades, presentando buena relación con el estudio realizado por **Vásquez, L. (2020)** en donde concluye que la incidencia de ansiedad fue de 68.9% (13). En ambos estudios se puede observar resultados inquietantes por el cual no se debe minimizar sus consecuencias, teniendo en cuenta que la ansiedad excesiva es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (34).

En la tabla N.º 4 podemos observar que el 64.1% de la población estudiada no presenta estrés, del mismo modo en el estudio de **Ochoa, K; Bravo, V (2020)** señalan valores altos dentro del rango normal como estrés 97.7% (12). En el estudio realizado en la estación experimental agraria se evidencia que un 15.4% presenta estrés moderado, el 12.8% estrés leve, el 5.1% estrés severo, finalmente el 2.6% estrés extremadamente severo., el cual nos brinda un resultado total de 35.9% de personas que presentan estrés en sus diferentes niveles de gravedad y podemos relacionarlo con el estudio realizado por **Vásquez, L. (2020)** concluye que la incidencia de estrés fue de 44.4% en sus diferentes magnitudes. (13). En los resultados obtenidos del estudio de **Lozano, A, (2020)** dan como resultados que el 8.1% de la población general de China presentó síntomas de estrés (10), del mismo

modo en el estudio de **Rosi, R; Socci,V; Talevi, D; et al (2020)** menciona que en una encuesta completada por un 79.6% de mujeres, el 20.8% presenta estrés (9).

En la tabla N.º 5 Se hallaron relaciones negativas con un grado de asociación $r = -0.06$ ($p > 0.05$); $r = -0.077$ ($p > 0.05$); y una relación positiva de $r = 0.048$ ($p > 0.05$). Por lo tanto; se acepta la hipótesis nula, donde no existe relación significativa entre las variables estudiadas, sin embargo, los reportes estadísticos de la Dirección Regional de Salud de la región San Martín señala también que los trastornos neuróticos, así como trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos como la ansiedad, fueron los casos más frecuentes en el 2020, produciéndose 6 mil 174 atenciones; mientras que hasta agosto del 2021 sigue manteniéndose como el caso mórbido más habitual con más 4 mil atenciones.

Lo que indica que la salud mental si bien está tomando importancia en las investigaciones recientes, todavía se sigue observando renuencia a pedir ayuda en las personas con estos diversos diagnósticos.

VI. CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue determinar e identificar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la estación experimental El Porvenir, con base a un estudio de tipo descriptivo cuantitativo transversal.

1. En la tabla de correlación de depresión, ansiedad, estrés y las características sociodemográficas, podemos concluir que la dimensión ansiedad predomina teniendo resultados considerables, siendo los más notables, la población del sexo masculino, presentando 49%, personas de entre 41-60 años con 33%, en el sector de Tarapoto encontramos a un 26%, los trabajadores que tienen > a 11 años laborando muestran un 41%, los grados de instrucción universitaria y técnicos presentaron un 22%, en el caso de los trabajadores que tuvieron a familiar o amigos con la COVID-19 presentaron un 57%, los que estuvieron de 15 a 30 días en cuarentena presentaron un 49%, el personal que realiza trabajo presencia presento un 51% de ansiedad en sus diferentes niveles de gravedad.
2. Se puede concluir que, de los 78 trabajadores encuestados, la ansiedad en una escala de leve a extremadamente severo es el problema de salud mental más prevalente en la estación experimental agraria El Porvenir obteniendo como resultado un 59% de la población estudiada tiene sintomatología compatible a la ansiedad, el 42.3% de ellos presentan síntomas compatibles con la depresión desde un nivel leve hasta extremadamente severo, también podemos evidenciar que en la dimensión ansiedad es superior, en la dimensión estrés existe un 35.9% de personas que si presentan sintomatología compatible con este padecimiento desde una escala leve hasta extremadamente severo.
3. Según los análisis estadísticos realizados podemos concluir que no existe relación de depresión, ansiedad y estrés en el contexto de la covid-19 en los trabajadores de la estación experimental agraria el porvenir marzo - septiembre 2021. Según la correlación de Spearman, Se hallaron relaciones negativas con un grado de asociación $r = -0.06$ ($p > 0.05$); $r = -0.077$ ($p > 0.05$); y una relación positiva de $r = 0.048$ ($p > 0.05$). Por lo tanto; se acepta la hipótesis nula, sin embargo debemos tener en cuenta y buscar alternativas de solución para aquellas personas que según nuestro estudio están siendo afectadas por los distintos problemas de salud mental presentados en este estudio.

VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda lo siguiente:

- Aplicar la ficha sociodemográfica y la escala DASS-21 en otros sectores laborales con la finalidad de detectar niveles de depresión, ansiedad y estrés y brindarles atención clínica temprana y oportuna.
- Implementar la aplicación de las fichas sociodemográficas y la escala DASS-21 en la institución a todo el personal nuevo como parte de las fichas de evaluación del comité de salud ocupacional si en caso la institución no tiene un profesional de psicología, con la finalidad de establecer nuevas formas de cuidado al trabajador.
- Establecer planes de monitoreo y seguimiento para los trabajadores que presentan niveles de depresión, ansiedad y estrés desde severa-extremadamente severa con la finalidad de potenciar su rendimiento óptimo dentro de la institución.
- Concientizar al personal sobre los temas de salud mental en el trabajo con el objetivo de combatir el estigma y los prejuicios sobre las enfermedades de salud mental y fomentar conversaciones sin tabues.
- Implementar un departamento o generar convenios con programas de salud mental en la estación experimental agraria El Porvenir para evaluar periódicamente al personal con la finalidad de detectar oportunamente problemas psicológicos.
- Implementar diversas actividades de bienestar donde los trabajadores de la institución conozcan y se capacitan sobre temas higiene del sueño, desarrollar hobbie, pausas activas, la importancia del autocuidado emocional, etc

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSALUD. ¿Qué son los coronavirus? Colombia; 2020.
2. BBC MUNDO. LA EXPANSIÓN DEL COVID-19 EN AMÉRICA LATINA. 2020; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-58436227>
3. Coronavirus: 8 gráficos que muestran el número de casos y muertes por covid-19 y qué países están vacunando más en América Latina y el resto del mundo - BBC News Mundo [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-58436227>
4. Statista Research Department. • Coronavirus en Latinoamérica: países con más casos | Statista [Internet]. 2021 [citado 8 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-america-latina-caribe-pais/>
5. Luis T. Crónica: Cómo la Covid-19 también está impactando en la salud mental de los peruanos | RPP Noticias. 2020.
6. Ministerio de salud. Situación actual covid-19 [Internet]. 2021 [citado 11 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus060921.pdf>
7. Nekane Balluerka Lasa Dra Juana Gómez Benito Dra M^a Dolores Hidalgo Montesinos Dra Arantxa Gorostiaga Manterola José Pedro Espada Sánchez José Luis Padilla García Miguel Ángel Santed Germán D. LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA COVID-19 Y EL CONFINAMIENTO INFORME DE INVESTIGACIÓN.
8. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. [España]: Cadernos de Saude Pública; 2020.
9. Cifuentes-Avellaneda Á, Rivera-Montero D, Vera-Gil C, Murad-Rivera R, Sánchez SM, Castaño LM, et al. Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. 2020;
10. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud

- mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* abril de 2020;83(1):51-6.
11. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020;(April).
 12. Ochoa KE, Viviana C, Bravo E, Director B. UNIVERSIDAD DEL AZUAY.
 13. Académico Maestría En Gestión De Los Servicios De Salud P DE. ESCUELA DE POSGRADO.
 14. Millones-Morales PE, Gonzales-Guevara A. Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por Covid-19, en jefes de hogar residentes en un Asentamiento Humano en Comas. *Rev Científica Ágora* [Internet]. 2021 [citado 28 de enero de 2022];8(1):34-41. Disponible en: <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/146/126>
 15. Gutierrez Lima M, Caceres Valdez I. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19, EN LA SALUD MENTAL DE PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA EN VENTANILLA. *Rev Científica Ágora* [Internet]. 2020 [citado 28 de enero de 2022];7(2):114-9. Disponible en: <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/126/113>
 16. OMS | Depresión. WHO [Internet]. 2017 [citado 5 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
 17. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 4. Definición, factores de riesgo y diagnóstico - GuíaSalud.
 18. Elena Medina Mora Elsa Josefina Sarti Gutiérrez Tania Real Quintanar M. LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DOCUMENTO DE POSTURA. México; 2015.
 19. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Vol. 49, *Rev Fac Med UNAM.* 2006.
 20. Martinez D. Factores psicosociales en prevalencia en depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y hábitos de vida. Universidad Piloto de Colombia;
 21. Grupo Gestión de Información en Salud, Centro Provincial Información de

- Ciencias, Médicas Camagüey 2018. D E P R E S I Ó N HOJA INFORMATIVA. 2018 mar.
22. Dirección General de Promoción de la Salud Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. La depresión. Lima; 2005.
 23. Hernandez, Marta; Marañon, Queralt; MAto X. GENÉTICA DE LA DEPRESIÓN.
 24. Alesse G. ¿Es hereditaria la depresión? Europa Press;
 25. Rol La Depresión Jorge Teñez Vargas SE. LA NORADRENALINA.
 26. Finlay C. Factores psicosociales de la depresión. [Habana]: Hospital Militar Central; 2006.
 27. Hirzel J, Vázquez A. Los factores psicosociales y la depresión Psychosocial factors and depression. Rev Médica Granma. mayo de 2016;17.
 28. MINSALUD. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá; 2017 mar.
 29. El comercio. Estar Bien: Depresión: uno de los efectos secundarios de la COVID-19 al que hay que | NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ. 2020.
 30. EFE. OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años | Emol.com. 2017.
 31. Minsal. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago; 2013.
 32. Alarcón Terroso RP, Gea Serrano ATS, Martínez Maurandi JMEAP, Pedreño Planes JJM de F, Pujalte Martínez MLESM. Guía práctica de los trastornos depresivos.
 33. Thomen Marta. DEPRESIÓN MAYOR: Criterios DSM-V, Síntomas, Causas y Tratamiento. 2019.
 34. Coryell W. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales. 2018.
 35. Diagnóstico M, Estadístico Y, Mentales DT. ACTUALIZACIÓN Suplemento del DSM-5 ® octubre 2018. 2018.
 36. Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA

PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

37. Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de la ansiedad. México; 2010.
38. De G, Clínica P, El EN, Ministerio S, Sanidad DE, Consumo Y, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de paciente con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria . Madrid; 2008.
39. De U, Mental S. MANEJO DEL ESTRÉS: TALENTO HUMANO EN SALUD.
40. Definición del estrés .
41. El estrés y su salud: MedlinePlus enciclopedia médica.
42. Huarcaya-Victoria J. Mental health considerations about the COVID-19 pandemic. Rev Peru Med Exp Salud Publica. septiembre de 2020;37(2):327-34.
43. Francisco Gálvez J. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsico endocrinológicas. 2005;77-100.
44. El 58% de los peruanos sufre de estrés | RPP Noticias. Lima; 2015.
45. Rojas J. 70% de los trabajadores peruanos sufren estrés laboral | Recursos Humanos, el portal del Capital Humano | Guía empresas recursos humanos peru. 2019.
46. McEwen B, Sapolsky R. El estrés y su salud | Hormone Health Network. 2010.
47. García J. Estrés crónico: causas, síntomas y tratamiento. Psicol y mente.
48. Kregar G, Filinger E. ¿Qué Se Entiende Por Automedicación? diciembre de 2004;
49. Hernández A, Roldán A. Automedicación | Farmacología general. Una guía de estudio | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical.
50. María Ruiz-Sternberg Á, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: Artículo de reflexión.
51. Más de la mitad de peruanos se automedican | Conexión Vida.
52. OPS. Uso inapropiado de antibióticos. 2012.
53. Chávez D. AUTOMEDICACIÓN EN ZONAS URBANA Y URBANO-MARGINAL EN LA PROVINCIA DE LIMA (PERÚ) | Chavez Vivanco |

REVISTA MEDICA CARRIONICA. Rev Médica Carrión Ica. 2017;4.

54. Rocío Hermoza-Moquillaza, César Loza-Munarriz, Diana Rodríguez-Hurtado, César Arellano-Sacramento, Víctor Hermoza-Moquillaza. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. 2016.
55. Cómo mejorar la salud mental: MedlinePlus en español.
56. Población: conceptos, componentes y tipos - Significados.
57. ¿Qué es el COVID - 19? 2020.
58. Antúnez Z, Vinet E V. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos. Ter Psicol. 2012;30(3):49-55.
59. Definición de síntoma - Qué es, Significado y Concepto.
60. Enfermedad | Discapnet.
61. Significado de Cuarentena (Qué es, Concepto y Definición) - Significados.
62. Veiga J, Cabo DE, De E, Fuente Díez LA, Zimmermann Verdejo M. MODELOS DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIÓN APLICADA: CONCEPTOS Y CRITERIOS PARA EL DISEÑO. Vol. 210, Med Secur Trab. Madrid; 2008.
63. ¿Qué es un estudio transversal?

IX. ANEXOS

Anexo Nro. 1

Solicitud de permiso



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-
TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



Tarapoto, 27 de Octubre de 2021

Oficio S/N-2021-EEA. EP-SM-JG/GSSB-GMFC

Sr. Kennedy Farje Alva

Director de la Estación Experimental Agraria el Porvenir – San Martín

SOLICITO: Permiso para recopilación de información y aplicar los instrumentos de investigación en la E.E.A EP- SM.

Tenemos el agrado de dirigirnos hacia su persona con el debido respeto que se merece, para solicitarle lo siguiente: Las que suscribimos somos bachilleres de Enfermería de la UNSM T. Graeshy Sahori Sandoval Barrera y Gretta Maribel Farfan Coquinche; en la actualidad nos encontramos desarrollando nuestro proyecto de Tesis Para obtener el Título Profesional de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** con el título: “**DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES DE LA ESTACIÓN EXPERIMENTAL AGRARIA EL PORVENIR EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19 MARZO - SETIEMBRE 2021**”, para lo cual solicitamos su permiso y/o autorización para poder recolectar información y aplicar el instrumento de investigación (Cuestionario) a todas los que laboran en la estación y que dignamente direcciona.

Seguras de contar con su atención y aprobación a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente;

.....
Graeshy Sahori Sandoval Barrera

Bachiller en Enfermería

.....
Gretta Maribel Farfan Coquinche

Bachiller en Enfermería



Anexo N°2.

Consentimiento informado

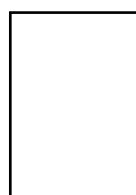
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Lugar y Fecha:

Por medio del presente documento acepto participar voluntariamente en el trabajo de investigación que lleva por título **“Depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la estación experimental agraria el porvenir en el contexto de la covid-19 marzo - septiembre 2021.”**

Asimismo, expresé que he sido informado que tendré que responder un cuestionario donde la información vertida en el instrumento será única y exclusivamente para fines de la investigación en mención lo cual es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.



Firma del participante

N° DNI.

Anexo N° 3



Instrumento de investigación-ficha sociodemográfica
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Nombres y Apellidos: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

¿Acepta usted participar libre y voluntariamente en el presente estudio?

Estimado/a reciba un cordial saludo, por favor completar el siguiente cuestionario con el mayor grado de sinceridad posible. Los resultados obtenidos servirán para desarrollar un estudio investigativo, que tiene como objetivo identificar la presencia de sintomatología clínica durante la Emergencia Sanitaria en los trabajadores de la estación E.E.A – EP - SM. Es importante mencionarle que sus respuestas serán confidenciales.

No precisa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

Género:

Edad: _____ Sector de residencia : _____

Antigüedad en la institución: _____ Área de Trabajo : _____

Grado de instrucción: _____

¿Durante la emergencia sanitaria, algún miembro de su familia o amigo cercano ha sido diagnosticado con COVID - 19?

Si No

Usted, ¿Cuánto tiempo ha permanecido en cuarentena?

15 - 30 días

30 - 45 días

45 - 60 días

Actualmente usted, ¿Cuál es la modalidad de trabajo realiza?

Presencial

Remoto

Mixto

¿Tiene hijos? Sí

No

¿Cuántos hijos tiene usted?: _____

Anexo N° 4



Instrumento de investigación- ESCALA DASS-21
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Edad _____ Sexo _____

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indique si se sintió identificado durante la infección por SarsCov-2, enfermedad covid 19. No hay respuestas correctas o incorrectas.

No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 no me aplicó
- 1 me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

GRAVEDAD:

Depresión: Normal: 0-9, Leve: 10-13, Moderada: 14-20, Severo, 21-27, Extremadamente severo: 28+

Ansiedad: Normal: 0-7, Leve: 8-9, Moderada: 10-14, Severo: 15-19, extremadamente severo: 20+

Estrés: Normal: 0-14, Leve: 15-18, Moderada: 19-25, Severo: 26-33, Extremadamente severo: 34+

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10 Sentí que no tenía nada por qué vivir	0	1	2	3
11 Note que me agitaba	0	1	2	3
12 Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13 Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14 No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15 Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16 No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17 Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18 Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19 Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20 Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21 Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Fuente: Tesis de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos quechua hablantes del distrito Ocongate provincia Quispicanchis del departamento de Cusco-Perú.