



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria**

**ASOCIACIÓN CICLO VITAL FAMILIAR-ANSIEDAD-NIVELES DE CONOCIMIENTO COVID-19 DEL
PERSONAL SANITARIO, CENTRO MATERNO INFANTIL-IESS-CUENCA. DICIEMBRE 2020 A
SEPTIEMBRE 2021.**

Autores:

- **Juan Diego Cabrera Orellana**
- **Mercy Janneth Carrasco Timbe**

Director:

- **Dr. Federico Marcelo Toral Tenorio**

Cuenca, Ecuador

2021

Dedicatoria

A mi familia Katherin y Dulce, mis padres Ruth y Wilson por ser los protagonistas de mi historia y a todas las personas que han tenido que abandonar su tierra en busca de días mejores.

Juan Diego Cabrera Orellana

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico primeramente a Dios, quien me brindó las fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, sin nunca desfallecer en el intento.

Con todo mi cariño a mi adorada madre y a mis amados hermanos, ya que por ellos soy lo que soy y sin ellos no lo habría podido lograr, y porque se han mantenido junto a mí, brindándome su apoyo, paciencia y comprensión en todo momento.

Mercy Janneth Carrasco Timbe.

Agradecimientos

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi familia que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi compañera de vida quien me tuvo paciencia durante estos tres años mientras cursaba mi especialidad brindándome todo el apoyo necesario para culminarla con éxito.

Al Doctor Federico Toral por instituir una gran amistad y guiar con solidez científica e investigativa el presente trabajo.

Juan Diego Cabrera Orellana

Agradecimientos

Primeramente, a Dios, gracias a su bondad y eternas bendiciones que me han permitido sonreír ante mis logros, aprender de mis errores, y crecer como ser humano.

Infinitas gracias a mi mami María y hermanos Diego e Iván, que con su amor y comprensión incondicional se han convertido en el pilar fundamental de mi vida, haciendo más fácil llegar a mis metas y alcanzar uno de mis más grandes sueños, mi especialidad. Mi eterno agradecimiento a ustedes que siempre han confiado en mí y por ser unas personas excepcionales de quienes día a día aprendo.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer al Dr. Federico Toral por brindarnos no sólo su dirección y tutela en el desarrollo de esta tesis, sino por su tiempo, pero sobre todo por la calidad de persona, conocimientos y la amistad brindada durante todo este tiempo.

Mercy Janneth Carrasco Timbe.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 El problema de investigación	4
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Objetivo general	8
2.2. Objetivos específicos	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1. Antecedentes de la investigación	9
3.2. Bases teóricas	10
4. HIPÓTESIS.....	17
5. METODOLOGÍA.....	18
5.1. Metodología	18
6. RESULTADOS	22
6.1. Resultados de la investigación descriptivos e inferenciales.....	22
7. DISCUSIÓN.....	35
7.1. Discusión de los resultados	35
8. CONCLUSIONES.....	41
9. RECOMENDACIONES	42
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
11. ANEXOS	51

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Índice de Tablas

Tabla 1. Estado civil del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.....	23
Tabla 2. Características familiares del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.....	24
Tabla 3. Características laborales del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.....	25
Tabla 4. Características laborales del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.....	26
Tabla 5. Tipología familiar del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19..	26
Tabla 6. Frecuencia de ansiedad psíquica y somática según Hamilton en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	28
Tabla 7. Asociación entre la ansiedad y el nivel de conocimiento de COVID19 en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	29
Tabla 8. Asociación entre la ansiedad y ciclo vital en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	30
Tabla 9. Asociación entre la ansiedad y conocimiento con el tipo de familia en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	32
Tabla 10. Asociación entre la ansiedad y conocimiento con el grupo etario en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	33
Tabla 11. Asociación entre la ansiedad y conocimiento con el cargo en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	34

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Grupo etario del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	22
Gráfico 2. Comportamiento del conocimiento sobre COVID-19 por parte del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.	27

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Formulario de recolección de datos.....	51
Anexo 2. Consentimiento informado	55
Anexo 3. Cuadro de operacionalización de variables.....	57

RESUMEN

Introducción: El personal sanitario de primera línea de atención por la pandemia COVID-19 está enfrentando situaciones que generan altos niveles de ansiedad, originando cambios en la dinámica personal y familiar.

Objetivo: Establecer la asociación entre ciclo vital familiar, ansiedad y niveles de conocimiento COVID-19 del personal sanitario, Centro Materno Infantil IESS Cuenca.

Metodología: Estudio descriptivo en 68 profesionales sanitarios. Se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton; el modelo de Duvall de ciclo vital familiar y la escala "KNOW-PCOVID-19".

Resultados: La frecuencia de ansiedad psíquica fue de 64,7% y somática 66,2%, el grado de conocimiento adecuado (puntuación superior al 80% en la escala "KNOW-PCOVID-19".) fue de 41,2% y en el 38,2% el ciclo vital familiar correspondió con "Familia con su primer hijo con edad entre 11 años hasta la edad en que el primer hijo dejó su casa". No se establecieron estadísticos de asociación por el tamaño de la muestra y la cantidad de categorías en las variables.

Conclusión: Los niveles de ansiedad son elevados en esta población de trabajadores de la salud y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad no es el adecuado.

Palabras claves: ANSIEDAD, CICLO FAMILIAR, COVID-19, CONOCIMIENTO.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare personnel on the first line of care due to the COVID-19 pandemic are facing situations that generate high levels of anxiety, causing changes in personal and family dynamics.

Objective: To establish the association between family life cycle, anxiety, and levels of COVID-19 knowledge of health personnel, Centro Materno Infantil IESS Cuenca.

Methodology: Descriptive study in 68 health professionals. The Hamilton anxiety scale was applied; the Duvall family life cycle model and the "KNOW-PCOVID-19" scale.

Results: The frequency of psychic anxiety was 64.7% and somatic 66.2%, the degree of adequate knowledge (score higher than 80% on the "KNOW-PCOVID-19" scale) was 41.2% and in the 38.2% of the family life cycle corresponded to "Family with their first child aged 11 years up to the age when the first child left home". No association statistics were established due to the size of the sample and the number of categories in the variables.

Conclusion: Anxiety levels are high in this population of health workers and the level of knowledge about the disease is not adequate.

Keywords: ANXIETY, FAMILY CYCLE, COVID-19, KNOWLEDGE.



Juan Diego Cabrera Orellana

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mercy Janneth Carrasco Timbe".

Mercy Janneth Carrasco Timbe

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Diego Cabrera Orellana". Below the signature, the text "Dpto. Idiomas" is written.

1. INTRODUCCIÓN

En Ecuador se identificaron los primeros casos de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) en marzo de 2020, convirtiéndose rápidamente en un problema de salud pública que no dejó área del país sin afectar, lo que conllevó a un colapso de varios de los principales establecimientos de salud en algunas regiones, esto generó un estado de incertidumbre principalmente para el personal de sanidad ya que en las primeras de cambios no se poseían los insumos necesarios para enfrentar la magnitud de lo sucedido, posteriormente se fueron sumando otro tipo de situaciones como muertes de los trabajadores de la salud, aunado a los múltiples decesos en la población general, era de esperarse que al pasar del tiempo sometidos a este tipo de estrés, el personal pudiera desarrollar alteraciones de la salud mental ya que para muchos era la primera vez que se encontraban en esta situación no teniendo herramientas para poder abordarlas (OPS, 2020), lo cual ha dado pie a la realización de este trabajo de investigación en el cual se busca exponer cual es la frecuencia de la ansiedad y el nivel de conocimientos de estos individuos en relación a la atención de pacientes con COVID-19, comparándolos de igual manera con el ciclo vital en el cual se encuentra el trabajador, siendo este último un tema que no se ha estudiado en la actualidad lo cual confiere parte de la importancia de la realización del presente análisis.

Se identificó un nuevo tipo de coronavirus (2019-nCoV) como agente etiológico en casos de neumonía de causa indefinida en la ciudad china de Wuhan el 31 de diciembre de 2019 (Zhu, Xu, Wang, Liu, Wu, Li, Miao, Zhang, Yang, Sun, Zhu, Fan, Hu, et al., 2020). Posteriormente, el virus se propagó rápidamente por todo el mundo y provocó la pandemia conocida como COVID-19. Aunque el virus se vio por primera vez en China, los países de los continentes europeo y americano son los más afectados.

Los eventos traumáticos pueden reducir la sensación de seguridad de las personas, recordarles el hecho de la muerte y tener efectos adversos en su salud mental. Preguntas relacionadas con la pandemia sin respuestas definitivas, como cuándo llegará a su fin y métodos de tratamiento; exposición constante a un flujo de información sobre la pandemia y sus efectos; disminución de las relaciones sociales debido a la pandemia; y las recomendaciones / prohibiciones, como permanecer en casa tanto como sea posible, pueden afectar negativamente a la salud mental de las personas. Los síntomas como ansiedad, depresión, miedo, estrés y problemas de sueño se ven con más frecuencia durante la pandemia de COVID-19 (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020).

Este comportamiento expuesto previamente es la población en general, sin embargo, el personal de salud se encuentra expuesto a las mismas situaciones e incluso pueden llegar a ser peores ya que son quienes tienen un contacto directo con pacientes, muertes, miedo de llevar el virus a sus hogares y un sinnúmero de situaciones que conllevan a que los niveles de ansiedad a los cuales se encuentran expuestos sean más altos que los de la población general, asimismo en lo que respecta al conocimiento sobre la enfermedad en los inicios era muy limitado lo que a su vez podría contribuir de forma directa a los grados de ansiedad que estos podrían tener.

Ante este escenario, es fundamental que las autoridades sanitarias identifiquen a los grupos con alto riesgo de desarrollar problemas emocionales --además del peligro biológico, ya bien establecido y publicitado-- para monitorear su salud mental y realizar intervenciones tempranas psicológicas y psiquiátricas (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020). Entre ellos se encuentran los trabajadores de la salud que asisten a pacientes con COVID-19 conocido o sospechado. Los trabajadores de atención primaria, como enfermeras, técnicos de enfermería y médicos que están en contacto directo con los pacientes y sus fluidos corporales, son los más vulnerables a la infección (Huang, Han, Luo, Ren, & Zhou, 2020; Ornell et al., 2020).

Durante las pandemias, cuando el mundo se enfrenta a un cierre o ralentización de las actividades diarias y se alienta a las personas a implementar el distanciamiento social para reducir las interacciones entre las personas y, en consecuencia, reducir la posibilidad de nuevas infecciones, los profesionales de la salud suelen ir en la dirección opuesta. Debido al aumento exponencial de la demanda de atención médica, enfrentan turnos de trabajo prolongados, a menudo con pocos recursos e infraestructura precaria (Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, & Benedek, 2020), y con la necesidad de usar Equipo de Protección Personal (EPP) que puede causar malestar físico y dificultad para respirar (Huang et al., 2020). Además, muchos profesionales pueden no estar preparados para llevar a cabo la intervención clínica de pacientes infectados por un nuevo virus, del que se sabe poco y para el que no existen protocolos clínicos o tratamientos bien establecidos (Huang et al., 2020).

Así mismo, existe el miedo a la autoinoculación, adicionalmente de la preocupación por la posibilidad de contagiar el virus a sus familiares, amigos o compañeros (Kang et al., 2020a; Xiang et al., 2020). Esto puede llevarlos a aislarse de su familia nuclear o extendida, cambiar su rutina y reducir su red de apoyo social (Huang et al., 2020).

De igual manera algunas personas con alta ansiedad por la salud durante la pandemia pueden causar hacinamiento en el sistema de salud al acudir a médicos y hospitales con frecuencia. Otros con mucha ansiedad pueden ser reacios a buscar asistencia médica debido a la preocupación de que los hospitales sean fuentes de transmisión. Por el contrario, las personas con poca ansiedad por la salud pueden mostrarse reacias a cumplir con las advertencias relacionadas con el control de la pandemia y pueden comportarse de manera muy relajada (Asmundson & Taylor, 2020). Un estudio que investigó el número de visitas a 18 departamentos de emergencia en los Estados Unidos luego de la pandemia de H1N1 mostró que las visitas al departamento de emergencias en la semana antes de que la pandemia llegara al país fueron tan altas como el número de la semana en que la pandemia fue más intensa. El número de presentaciones también fue un 7% mayor que en tiempos normales (McDonnell

et al., 2012). La capacidad de controlar las pandemias depende del cumplimiento de las advertencias, sin embargo, al no cumplirlas uno de los trabajadores más afectados son los del sector salud.

Aunado a lo previamente expuesto es importante destacar que la ansiedad podría también estar relacionada con la falta de conocimiento sobre la enfermedad, por lo cual es una de las variables a estudiar en el presente estudio, en un registro hecho en Estambul en donde de los 442 participantes, 286 (64,7%) tenían síntomas de depresión, 224 (51,6%) ansiedad y 182 (41,2%) estrés. Ser mujer, joven y soltera, tener menos experiencia laboral, trabajar en primera línea se asociaron con puntuaciones más altas, mientras que tener un hijo se asoció con puntuaciones más bajas en cada subescala. Los factores que se encontraron asociados con puntajes totales más altos de DASS-21 en los trabajadores de primera línea fueron los siguientes: aumento de las horas de trabajo semanales, mayor número de pacientes con Covid-19 atendidos, menor nivel de apoyo de pares y supervisores, menor apoyo logístico y menores sentimientos de competencia durante las tareas relacionadas con Covid-19, por lo cual es indispensable que se tomen en cuenta estos factores, como se evidencia tanto la experiencia, conocimientos y el ciclo vital de la persona se asocian a sus niveles de afectación mental, lo cual sustenta la importancia de la realización del presente estudio (Elbay, Kurtulmuş, Arpacioğlu, & Karadere, 2020).

1.1 El problema de investigación

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una situación emergente que comenzó a finales del año 2019, afectando a más de 50 millones de personas, con una cifra mortal que asciende a más de 2 millones (Julio 2021) (Johns Hopkins University, 2020), las tasas de mortalidad difieren entre los diferentes países, siendo reportado hasta Julio de 2021 que Ecuador tenía una tasa cruda de letalidad de 6%, siendo superada solo por Canadá y México (8 y 11% respectivamente), estas cifras son alarmantes y han generado una sensación de ansiedad y desesperanza en una importante proporción de la sociedad, esto aunado a una situación de confinamiento que ha durado varios meses

en algunas regiones y que incluso en la actualidad aún persisten medidas de prevención como el distanciamiento social (Hacimusalar, Civan Kahve, Yasar, & Aydın, 2020).

A pesar de que en la actualidad los recursos bibliográficos referentes al COVID-19 son limitados en relación con percepciones y miedos del personal de salud con respecto a la enfermedad, se ha recolectado evidencia que pone de manifiesto la incertidumbre que este personal vive día a día, al no saber cuándo acabará la pandemia o si en algún punto resultarán contagiados o morirán como consecuencia de la infección. Esta sensación de forma permanente puede llegar a desencadenar problemas de ansiedad en estos trabajadores incluso pudiendo intervenir en sus actividades diarias, tal como se documentó en Wuhan-China en donde un 24,1% de los evaluados tuvo ansiedad (Zhu, Xu, Wang, Liu, Wu, Li, Miao, Zhang, Yang, Sun, Zhu, Fan, Hu, et al., 2020).

Aunado a lo previamente expuesto existe una problemática que se relaciona con el conocimiento sobre la enfermedad ya que al ser una condición nueva cuyas características distan de pandemias anteriores lo hace un inconveniente para el personal de salud que adicionalmente a estar sometido a situaciones estresantes en su trabajo también deben actualizarse constantemente, esto se confirma en el análisis de (Elhadi et al., 2020) en el que se expuso que solo el 7% de los participantes recibieron capacitación para manejar los casos de COVID-19 y más de 80% no se sentía listo para el manejo de la enfermedad.

Adicionalmente es indispensable reconocer que el trabajador sanitario representa un individuo que no solo se encarga de sus labores en un centro de salud, sino que posee una familia y que se puede encontrar en cualquiera de las fases del ciclo vital familiar, que se reconoce que pueden conllevar consigo sus propias crisis, por lo cual al sumarlo con las características estresantes a las que se están sometiendo estos individuos puede generar un impacto significativo dentro de su salud mental e incluso influir sobre los niveles de conocimiento que se encuentran asociados a la COVID-19,

por lo cual nace la necesidad de realizar un estudio el cual permita englobar cual es la asociación existente entre el ciclo vital familiar, la ansiedad y el nivel de conocimiento que poseen los individuos sobre COVID-19.

La pandemia por sí misma a más de generar problemas adicionales a la salud del personal sanitario, como es el caso de la ansiedad, también genera problemas en la investigación en sí misma, una de estas limitaciones es la dificultad para la recolección de la información y la imposibilidad de abarcar grandes cohortes.

1.2 Justificación de la investigación

La alta carga laboral, la ansiedad por ser contagiado y por contagiar a sus familiares y la incertidumbre sobre el manejo adecuado de los casos, ha sido algunas de las causas por las cuales la pandemia por COVID-19 ha generado en el personal de salud un importante impacto físico y mental, el cual se ha puesto de manifiesto a través del incremento en el agotamiento físico y psicológico de estos profesionales, en el incremento de los problemas del sueño, en los trastornos mentales y en el bajo rendimiento laboral (Mosheva et al., 2020).

Además de enfrentar los problemas originados por su labor como personal de primera línea contra la COVID-19, los profesionales de la salud también deben sobrellevar los cambios propios que experimentan como miembros de una familia a lo largo de su historia natural, en donde cada etapa o ciclo vital familiar tiene sus propias exigencias o demandas que deben cumplir, para garantizar así el mantenimiento de la homeostasis familiar (Prados, 2007). Frente a esta situación, resulta importante evaluar el impacto de los niveles de conocimientos sobre COVID-19 y del ciclo familiar vital en el desarrollo de síntomas ansiosos en estos trabajadores en el contexto de la pandemia, de manera que se puedan prevenir, identificar y/o abordarlos oportunamente.

Con esta investigación, al aportar nueva información sobre la influencia de los niveles de conocimiento y del ciclo vital familiar en los niveles de ansiedad del personal de salud, sirve de base para la generación de estrategias adecuadas y oportunas de intervención que mejoren la situación de los trabajadores, ya sea a través del apoyo psicológico, disminución de la carga laboral, capacitación sobre los últimos avances relacionado a la COVID-19, entre otros. Asimismo, la ejecución de esta investigación permitió aportar información que hasta los momentos no se había generado, ya que en la actualidad la mayoría de las investigaciones están orientadas a estudiar las características biológicas y epidemiológicas del virus SARS-Cov-2.

La investigación se realizó, por la importancia del tema, a pesar de las limitaciones de la pandemia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Establecer la asociación ciclo vital familiar-ansiedad-niveles de conocimiento COVID-19 del personal sanitario, Centro Materno Infantil IESS Cuenca diciembre 2020 a septiembre 2021

2.2. Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas, del ciclo vital familiar y laborales del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.
- Evaluar los conocimientos en el personal sanitario acerca de la enfermedad COVID-19.
- Identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario de atención frente a la COVID-19.
- Exponer si existe asociación entre niveles de ansiedad y de conocimiento de COVID-19 en el personal sanitario.
- Determinar si existe relación entre niveles de ansiedad y la fase del ciclo vital familiar en el personal sanitario.
- Especificar si existe asociación entre las características sociodemográficas y laborales con los niveles de ansiedad y conocimiento sobre COVID-19 en el personal sanitario.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la investigación

Camacho-Osornio y cols. (2020) llevaron a cabo una investigación titulada “Desconocimiento como factor de riesgo para contraer COVID-19: ¿A qué nos enfrentamos?” que incluyó a 40 individuos de una comunidad universitaria y a quienes se les aplicó un instrumento con preguntas relacionadas a variables sociodemográficas, socioeconómicas, de religión, fuente de información utilizada y sobre las medidas preventivas ante COVID-19. Partiendo de sus resultados, los autores concluyen que se hace necesario distinguir entre la desinformación y la desconfianza impulsada por la desigualdad, de manera que se pueda evitar empujar a las personas a respaldar la desinformación, así como también resulta importante difundir las medidas adecuadas de prevención e informar acerca de los factores de riesgo del COVID-19 a las comunidades, de forma que la tasa de contagio pueda verse disminuida (Camacho-Osornio et al., 2020).

De manera similar, Ruiz-Aquino y cols. (2020) en su estudio titulado “Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social”, donde incluyeron a 385 adultos peruanos que fueron evaluados con un cuestionario de creencias (7 ítems), de actitudes (7 ítems) y conocimientos (8 ítems) de la COVID-19, reportaron que un 78,40 % (302) de los sujetos desconocían los síntomas de la COVID-19; el 77,70 % (299) no conocían los medios de contagio y el 77,40 % (298) no tenían información sobre la frecuencia de la enfermedad, hallazgos que se asociaron significativamente con actitudes desfavorables y creencias erróneas sobre la prevención contra COVID-19 (Ruiz-Aquino, Diaz-Lazo, & Ortiz-Aguí, 2020).

Olum y cols. (2020) realizaron un estudio descriptivo y transversal titulado “Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda” que incluyó a 581 trabajadores de la salud a quienes se les evaluó los niveles de conocimiento sobre COVID-19, el cual fue del 69% (Olum, Chekwech, Wekha, Nassozi, & Bongomin, 2020a). De manera similar, Huynh y cols. (2020) llevaron a cabo un estudio transversal

titulado “Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City” donde evaluaron el nivel de conocimiento de 327 trabajadores sanitarios, encontrando que estos eran superiores al 60% (Huynh et al., 2020).

Lai y cols. (2020) condujeron un estudio titulado “Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019” en donde incluyeron a 1257 trabajadores de la salud de 34 hospitales de China, a quienes se le administró el cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), reportando una prevalencia de ansiedad de 44,6% (n=560), cuya mayor severidad se asoció con el ser mujer, personal de enfermería, trabajadores de primera línea y con residir en región urbana (Lai et al., 2020).

Así mismo, Liang y cols. (2020) llevaron a cabo un estudio titulado “Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population” en donde entrevistaron a un total de 899 trabajadores médicos de primera línea y 1104 individuos de la población general, y a quienes le aplicaron el GAD-7 para evaluar síntomas de ansiedad, informando que entre un 13% y un 20% de los trabajadores de salud presentaron síntomas de ansiedad, mientras que la prevalencia en la población general varió entre el 9% y el 16% (Liang et al., 2020).

Hassannia y cols. (2021) condujeron un estudio transversal titulado “Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 in IRAN: A Cross-Sectional Study” donde tomaron en cuenta a 2045 trabajadores sanitarios, de los cuales un 65,6% tenían síntomas moderados a severos de ansiedad (Hassannia et al., 2021).

3.2. Bases teóricas

GENERALES

La familia parte desde una concepción tradicional como un lugar primordial donde se converge en valores y riesgos potenciales entre sus integrantes. Es por eso que cada familia tiene su propia dinámica, funcionalidad, composición, roles y normas, así como aspectos económicos y

socioculturales, que deben ser flexibles contemplando sus miembros para la incorporación al núcleo social (Carbonell, González Martín, & Carbonell Sánchez, 2016).

COVID-19

“La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental. Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual, familiar y comunitario durante los brotes”. Uno de los grupos más afectados son el personal de salud en quienes se ha visto la aparición de trastornos mentales posterior a un brote, trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad o en su defecto alteración en la dinámica y equilibrio familiar (Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos, & Escobar-Córdoba, 2020a).

Lo antes mencionado se genera por el distanciamiento social, personal y familiar, impuesto por el actual gobierno en respuesta a medidas de prevención para nuevos contagios de COVID-19, ya que la manifestación directa con la población en general incrementa el miedo a captar dicha infección, más aún en el personal sanitario que se encuentra en primera línea, incluso produce ansiedad a la hora de toma de decisiones sobre la distribución de recursos hospitalarios, farmacológicos, los mismos que ante la actual crisis sanitaria son escasos.

Personal de salud y riesgo

Es importante destacar que existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de COVID-19, sin embargo, una de las poblaciones sometidas a un peligro mayor es el personal de salud que trabaja directamente con estos pacientes, esto ha generado un incremento de la mortalidad en estos individuos, siendo una de las razones principales una constante exposición al virus y en altas cantidades (Sant’Ana et al., 2020), siendo descrito que hay más casos de enfermeros y mujeres afectados, sin embargo, la letalidad es peor en los hombres y doctores (Bandyopadhyay et al., 2020).

CICLO VITAL FAMILIAR-(CVF)

“...la familia suele pasar por transiciones predecibles: el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la escolaridad, la adolescencia, el ingreso de los hijos al ámbito laboral, la salida de los hijos del hogar, la jubilación y la viudez, a estas transiciones las denominamos CVF” (Cuba-Fuentes, Romero-Albino, & Cuellar-De la Cruz, 2014).

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Cuando el ciclo vital de la familia se disloca o interrumpe, o cuando tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocarán en una crisis del sistema” (Prados, 2007).

Así, una crisis familiar surge cuando un evento produce un cambio determinante o crucial en la dinámica familiar, en donde esta debe recurrir a sus recursos internos o externos que permitan la adaptación o modificación de sus respuestas habituales ante situaciones estresantes. Estas crisis pueden aparecer como consecuencia de la transición de un ciclo vital a otro, o bien, se desencadenan a partir de hechos inesperados o circunstanciales. En este último caso, al no esperar la llegada de la crisis, y por ende, no lograr una adaptación adecuada de la dinámica familiar, se pueden desencadenar problemas funcionales que, de no ser corregidos, pudieran interferir en la integridad biopsicosocial de sus integrantes (González Benítez, 2000; Pérez Cárdenas, 2006; Solano Murcia & Vasquez Cardozo, 2014).

En este sentido, el advenimiento de la pandemia por COVID-19, de las medidas de restricción y aislamiento, más las elevadas tasas de morbimortalidad asociada a esta enfermedad, han supuesto un verdadero reto para las familias, las cuales han tenido que afrontar situaciones estresantes que van desde la convivencia continua de todos sus integrantes 24 horas y 7 días de la semana, hasta la pérdida de uno o varios seres queridos en lapsos de tiempo cortos. En conjunto, estos eventos han llevado al desarrollo de trastornos psicológicos o psiquiátricos, sobre todo en aquellos individuos con

antecedentes o con mayor predisposición a enfermedades mentales, o en aquellos cuyas habilidades de resiliencia no eran las eficaces (American Psychological Association, 2021, p. 19; Hart, Turnbull, Oppenheim, & Courtright, 2020; Jakovljevic, Bjedov, Jaksic, & Jakovljevic, 2020; Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos, & Escobar-Córdoba, 2020b).

Asociación de ansiedad en el personal de salud con respecto a la COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha generado un estado de zozobra, miedo y preocupación a nivel mundial, tanto en la población general como en ciertos grupos vulnerables, como los adultos mayores, personas con antecedentes de trastornos mentales o con enfermedades crónicas, niños, adolescentes, y en los trabajadores del sector salud; esto debido al cambio que la pandemia ha ocasionado en la vida cotidiana de las personas, y al impacto de las consecuencias económicas, laborales, culturales y sociales. En este sentido, el desconocimiento sobre la duración y consecuencias a largo plazo de la pandemia, el aislamiento social, las presiones económicas, el miedo a enfermarse y las rutinas diarias alteradas, el exceso de información no veraz y los rumores infundados, generan en los individuos sensación de tristeza, incertidumbre, ansiedad, miedo, estrés y soledad, lo que predispone a la aparición o empeoramiento de trastornos mentales previos (American Psychological Association, 2021, p. 19; Hernández Rodríguez & Hernández Rodríguez, 2020).

La ansiedad y en general diversos trastornos mentales han sido asociados al personal de salud que atiende en primera línea a pacientes con COVID-19, tal como se ha documentado en el estudio de (Taghizadeh et al., 2020) realizado en Irán en el cual se analizó una población general y se comparó con sanitarios, indicando que el 65,6% tuvo ansiedad moderada/grave, siendo más frecuente en los doctores y personal de enfermería en contraste con las demás ocupaciones (OR = 1,35, IC del 95%: 1,093-1,654, P = 0,005), mientras que en un análisis en Singapur la frecuencia fue de 10,8% (Tan et al., 2020).

“La ansiedad es un estado emocional, displacentero, que se acompaña de cambios somáticos, y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que

acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona” (SEDENA, s. f.).

En general, el tronco del encéfalo, el sistema límbico y la corteza prefrontal son las áreas del SNC mayormente implicadas en la respuesta de la ansiedad. De manera más específica, la amígdala, el locus ceruleus, el tálamo, el hipotálamo y la corteza orbitofrontal, son algunas de las regiones que se activan en el trastorno de ansiedad. Además de estas, el sistema septo-hipocampal, la sustancia gris periacueductal, el núcleo rufé y el colículo inferior también constituyen algunos sustratos neuronales de la ansiedad. Así, la amígdala se encarga de regular las reacciones de ansiedad, miedo y alarma, el locus ceruleus media la respuesta ante cambios del medio interno y externo, el tálamo canaliza las aferencias ambientales hacia toda la corteza, el hipotálamo participa en la activación simpática, neuroendocrina y neuropéptica inducida por el estrés, mientras que la sustancia gris periacueductal se relaciona con la respuesta activa o pasiva al miedo (Ildefonso, 2017).

Ahora bien, los sistemas de neurotransmisores que participan en la neurobiología de los trastornos de ansiedad son la noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) y el sistema gabaérgico (GABA). La noradrenalina es un neurotransmisor que actúa en la activación del sistema nervioso simpático, y regula ciertas actividades involuntarias, tales como el ritmo cardíaco, la presión arterial y diaforesis, entre otros. En relación con la serotonina, aún no está del todo claro su papel en la fisiopatología de la ansiedad, ya que no se ha logrado determinar si existe una alteración por déficit o exceso de este neurotransmisor o si se trata de problemas en la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos, que al encontrarse en diferentes áreas del SNC, explicaría la variedad de las alteraciones. Por su parte, el ácido Gamma- aminobutírico, representa el principal neurotransmisor inhibitorio del SNC, controlando el grado de excitabilidad de todas las áreas del cerebro. Su papel en la ansiedad, pareciera estar relacionado con una atenuación del sistema gabaérgico, que conlleva a la agitación, excitación, reactividad exagerada y a la ansiedad (Ildefonso, 2017).

Nivel de conocimiento sobre la COVID-19 en el personal de salud

El nivel de conocimiento sobre la COVID-19 en el personal sanitario se encuentra en una constante actualización, esto debido a que es una situación emergente sin precedentes específicos, por lo cual todo lo relacionado a epidemiología, prevención, diagnóstico y tratamiento se encuentra en modificaciones permanentes hasta poder lograr protocolos que sean lo suficientemente efectivos, esto genera que el personal deba conocer cada una de estas modificaciones, sin embargo, aunado a una alta carga laboral esto puede verse afectado, tal como lo expone (Olum, Chekwech, Wekha, Nassozi, & Bongomin, 2020b) en Uganda en donde identifica que el 69% de los evaluados tuvo conocimiento suficiente sobre la COVID-19, siendo relacionados con este tener más de 40 años (ORa: 0,3; IC del 95%: 0,1-1,0; $p = 0,047$) y los medios de comunicación (ORa: 4,8; IC del 95%: 1,4-17,0; $p = 0,015$).

Ciclo vital familiar, ansiedad y conocimiento sobre la COVID-19 en el personal de salud

Hasta la fecha no se ha realizado un estudio que englobe todas estas consideraciones lo que representa la importancia de esta investigación, a pesar de ello se reconoce que la familia es el principal soporte de un individuo por lo cual sus características influyen de forma clara en el mismo, tal como lo documentó (Hu et al., 2020) en un análisis en el que las consecuencias de la alteración de la salud mental de los trabajadores de la salud se encontraban asociadas de forma positiva con lesiones cutáneas, es decir a medida que el individuo tenía dichas afecciones tenía peor salud mental, al contrario de lo que ocurrió con la autoeficacia, resiliencia, apoyo social y la voluntad de trabajar en la primera línea de atención se asociaron a una mejor salud mental.

Médico de familia y su papel en la pandemia

El papel del médico de familia en la pandemia ha sido sumamente importante ya que son de los pocos especialistas que acudían de forma regular a las casas de pacientes con COVID-19 y sin esta

infección, este punto es relevante ya que aunado a esta problemática mundial han aumentado otras condiciones como las patologías mentales, en especial la ansiedad y la depresión, esto debido a muchos factores, entre estos la facilidad de adquisición de la infección, mortalidad asociada a esta, imposibilidad de salir, no lograr ver a sus seres queridos, entre otros, como se evidencia son múltiples factores que no son atendidos de forma primordial por médicos en la emergencia, sino que estas evaluaciones integrales están en las manos del médico de familia, por lo cual su papel en la pandemia ha sido y seguirá siendo uno de los pilares importantes en el abordaje no solo de los pacientes como tal sino de la población en general (Jenkins, Von Pressentin, Naidoo, & Schaefer, 2020; Lee, Loke, & Ng, 2020).

En este mismo orden de ideas la atención del médico de familia a los pacientes con condiciones crónicas o agudas diferentes a COVID-19 en sus casas pudo ayudar a muchos ya que al no poder asistir a consultas regulares en los hospitales fueron tratados de forma oportuna en sus hogares (Jenkins et al., 2020; Lee et al., 2020).

Médico de familia y evaluación de la salud mental en la pandemia

Una de las características del médico de familia es la posibilidad de evaluar al individuo de forma global en todas sus esferas, no dedicándose plenamente a la física, sino que también puede abordar de forma clara la salud mental y verlo como un todo, esto es el caso de pacientes afectados de patologías crónicas y agudas, tanto relacionadas como las no relacionadas con el COVID-19.

Se han reportado estudios en los cuales se ha registrado el papel que han tenido los médicos de familia en lo que se relaciona a la salud mental, sin embargo, un punto importante es que en un registro en Turquía se determinó que estos eran uno de los trabajadores de la salud más afectados, indicando que en el proceso de la pandemia, la ansiedad, el deterioro de la calidad del sueño y la tensión laboral aumentaron significativamente en ellos, esto debido a una alta carga laboral y

exposición alta al contacto cercano con pacientes potencialmente enfermos por el virus (TAŞ, Özceylan, Öztürk, & Toprak, 2020).

En este orden de ideas en un estudio hecho en Sudáfrica se explicó que a través del uso de la tecnología el médico de familia pudo tener una relación tanto con pacientes con COVID-19 como con otras patologías que les permitieron ser un soporte en lo que respecta a la salud mental de estos individuos, adicionalmente se prestaba ayuda a los sanitarios a través de asesorías tanto personales como de abordaje de los pacientes y sus familiares cuando estos eran atendidos en sus hogares, en este reporte se resalta el papel del médico de familia como pilar fundamental en lo que respecta a la pandemia que actualmente afecta a una importante parte del mundo (Kruger, Eales, & van Vuuren, 2021).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo se relaciona el ciclo vital familiar y los niveles de ansiedad según el grado de conocimiento de la COVID-19 del personal sanitario del Centro Materno Infantil y Emergencias del IESS CUENCA?

4. HIPÓTESIS

- El grado de conocimiento es inversamente proporcional al nivel de ansiedad en el personal sanitario de primera línea de atención y está relacionado con el ciclo vital familiar.

5. METODOLOGÍA

5.1. Metodología

5.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, observacional, descriptivo de cohorte transversal.

5.1.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo: médicos especialistas, generales, residentes, postgradistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos médicos de imagenología y laboratorio, servicios generales del Centro Materno Infantil-IESS-Cuenca, con un total de 68 participantes.

5.1.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Debido a que se tuvo acceso al total de la población que representaba objeto de estudio, todo el universo fue incluido dentro de la evaluación.

5.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal de salud perteneciente al centro de salud en estudio.
- Personal de salud activo laboralmente en el centro de salud en estudio.
- Personal de salud en contacto de primera línea con pacientes con COVID-19.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal sanitario que no desee participar en el estudio y no firme el consentimiento informado.

- Personal administrativo.
- Personal sin familia o equivalente familiar.
- Personal sanitario sin contacto con pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID-19.

5.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se desarrolló un estudio cuantitativo mediante encuestas. En primer lugar, se procedió a recabar las características sociodemográficas, ciclo vital familiar (del modelo de Duvall por el cual se encuentra pasando el individuo, esta es una clasificación que consiste en 8 fases en la cual Duvall le asignó puestos y tareas para el desarrollo en los periodos críticos a los miembros de la familia) y laborales del trabajador (Anexo 1). Posteriormente se aplicó la escala “KNOW-PCOVID-19” sobre el conocimiento de la COVID–19 que consiste en 9 preguntas de multiescogencia (Christian R, Mejía et al., 2020), el cual ha sido estructurado y validado en Perú, obteniéndose que la totalidad de los ítems recibieron una evaluación favorable de los expertos (V de Aiken $> 0,70$); todos los valores del límite inferior (Li) del IC 95% son apropiados ($Li > 0,59$) y la totalidad de los valores del coeficiente V fueron estadísticamente significativos. Al igual que el Coeficiente de KMO = 0,690 (Anexo 2).

Por último, se aplicó la escala de niveles de ansiedad de Hamilton (Anexo 3), la prueba es un cuestionario de 14 acápites con 40 de los síntomas anteriores y actuales del paciente. Considerando de 0 a 4, siendo 4 la puntuación más alta. Se suman los resultados de cada ítem, con una valoración de 0 a 54, se pueden obtener dos tipos de puntuaciones según los ítems evaluados (ansiedad psíquica: 1,2,3,4,5,6, y 14) y (ansiedad somática: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14), los puntos de corte a utilizar han sido variados en diferentes poblaciones, siendo la más reconocida la que expone un valor de 0-5 como ausencia de ansiedad, 6-14 como ansiedad leve y mayor a 15 como ansiedad moderada/grave (Marjan López de la Parra, Mendieta Cabrera, Muñoz Suarez, Díaz Anzaldúa, & Cortés Sotres, 2014), esta escala se ha validado en diferentes regiones como en España en la cual se identificó que era una escala apropiada con una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0,89 (Lobo et al., 2002),

adicionalmente ha sido usada en poblaciones ecuatorianas demostrando su validez (Escobar & Peñaloza, 2018), al igual que ha sido validada para la población peruana (Novara, Sotillo, & Warthon, 1985), y en una mexicana, donde tuvo una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,806), una buena validez de contenido por parte del panel de experto (92,64%) y estructuración conforma por 6 factores que explicaban el 70% de la varianza (Torres-Lagunas, Vega-Morales, Vinalay-Carrillo, Arenas-Montaño, & Rodríguez-Alonzo, 2015) .

5.4. VARIABLES

5.4.1. Definición de las variables

Variables demográficas, laborales y psicosociales.

5.4.2. Medición de las variables

Nominales y ordinales.

5.4.3. Registro de los valores de las variables

Los datos fueron recolectados mediante formularios previamente validados y una escala utilizada ampliamente en la clasificación del ciclo vital familiar.

5.4.4. Entrada y gestión informática de los datos

Los datos fueron digitalizados en el programa SPSS en su versión 21 para la debida tabulación.

5.4.5. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables a través del SPSS en su versión 21. Para las cuantitativas (edad) se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión: mediana y de medidas de dispersión percentiles 25 y 75, al ser una variable con distribución no normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$). Por otra parte, para las variables categóricas se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). La asociación entre variables cualitativas (no paramétricas) fue establecida mediante la prueba de Chi cuadrado y la prueba del test exacto de Fisher cuando se encontraron menos de 5 casos en las casillas. Se consideró significancia estadística cuando $p < 0,05$.

Tras un análisis inicial de los datos, se determinó que no es viable un análisis correlacional, por el tamaño de la muestra y la cantidad de categorías que poseen las variables ya sean ordinales o nominales, por lo tanto, se presentan los datos en tablas de nxn y se analizan los porcentajes de cada grupo.

VARIABLES

- Variables independientes: Nivel de conocimientos de la COVID-19, fase del CVF.
- Variables dependientes: Niveles de ansiedad.
- Variables de confusión o intervinientes: Horas de trabajo.
- Variables de fondo: Sexo, edad, nivel de educación, estado civil, número de hijos.
- Variables laborales: Horas laboradas, cargo que desempeña.

CONSIDERACIONES ETICAS

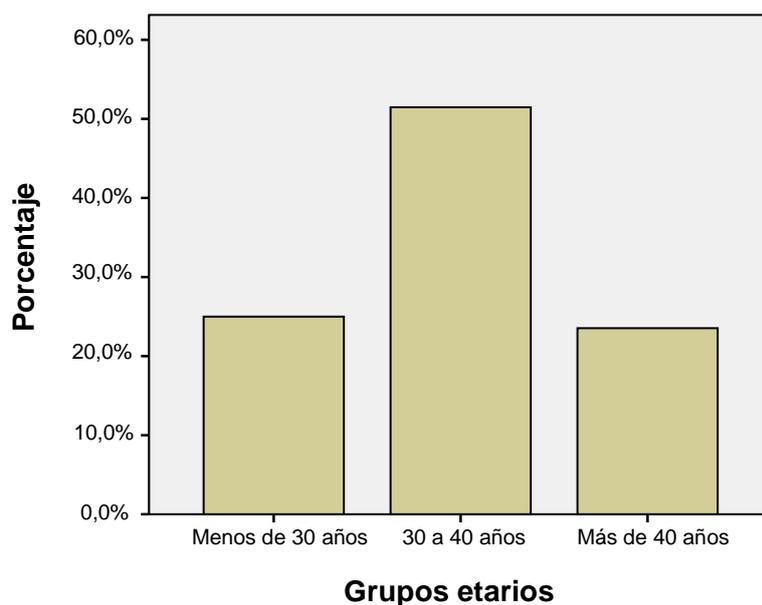
Para la realización del presente estudio de investigación se tomaron en consideración las pautas obtenidas del precepto de Helsinki y el Reporte de Belmont en los cuales se plantea que el participante debió dar su consentimiento para su participación en el proyecto, por lo cual se tomó el consentimiento informado por escrito por parte de los participantes al momento de ingresar al estudio respetando el principio de la autonomía (Anexo 5), indicándoles que se podrán negar a participar o retirarse en cualquier momento del estudio sin consecuencias, de igual manera, la información que se recolecte de las entrevistas fue identificada mediante un número arábigo siendo borrados los nombres de los individuos, con la finalidad de proteger su identidad minimizando el riesgo de perder el anonimato mediante la utilización de este tipo de codificación, del mismo modo, la base de datos fue utilizada solo con fines científicos pudiendo ser manipulada solamente por los estudiantes a cargo y su tutor metodológico y fue borrada posterior al análisis de la totalidad de los datos.

6. RESULTADOS

6.1. Resultados de la investigación descriptivos e inferenciales

Tras un análisis inicial de los datos se determinó que no fue viable un análisis correlacional por no disponer de variables adecuadas para dicho análisis y la asociación no se calculó por el tamaño de la muestra y la cantidad de categorías dentro de las variables en estudio.

Gráfico 1. Grupo etario del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La edad promedio fue de 33 (30 – 40) años, siendo el grupo etario más frecuente el de 30 a 40 años con 51,47% (n=35), seguido por menos de 30 años con el 25% (n=17) y el 23,53% (n=6) correspondió al grupo etario mayor de 40 años. En la mayoría de los casos se trata de funcionarios adultos jóvenes.

Tabla 1. Estado civil del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	n	%
Estado civil		
Casado	30	44,1
Soltero	19	27,9
Divorciado	12	17,6
Unión libre	4	5,9
Separado	3	4,4
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La mayoría de los trabajadores tuvo un estado civil de casado con el 44,1% y el grupo menos frecuente fue el de los funcionarios separados con el 4,4%, no se presentaron casos de funcionarios viudos.

Tabla 2. Características familiares del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	n	%
Ciclo vital familiar (En orden cronológico)		
Familia sin hijos hasta el nacimiento del primer hijo	9	13,2
Familia con su primer hijo desde su nacimiento hasta los 2 años y medio (182 días)	5	7,4
Familia con su primer hijo con edad entre 2 años y medio (183 días) hasta los 6 años	10	14,7
Familia con su primer hijo con edad entre 6 años y 1 día hasta los 11 años	9	13,2
Familia con su primer hijo con edad entre 11 años hasta y 1 día la edad en que el primer hijo dejó su casa	26	38,2
Familia desde que el primer hijo deja su casa hasta que el último hijo deja la casa	8	11,8
Familia desde que el último hijo deja la casa hasta que se jubila uno de los miembros de la pareja	1	1,5
Familia desde que se jubila hasta la muerte de uno o ambos miembros de la familia	0	0
Total	68	100,0
Convivencia		
Con hijos	49	72,1
Con pareja	6	8,8
Solo	9	13,2
Con sus padres/otros familiares	4	5,9
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 38,2% (n=26) del personal sanitario tuvo una familia con el primer hijo entre 11 años hasta la edad de dejar su casa; 13,2% (n=9) tuvo una familia sin hijos. El 72,1% (n=49) convive con sus hijos; 8,8% convive con su pareja; 13,2% (n=9) vive solo y 5,9% convive con sus padres u otros familiares.

Tabla 3. Características laborales del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	n	%
Cargo		
Licenciado/a Enfermería	17	25,0
Médico/a General	15	22,1
Médico/a Especialista	14	20,6
Auxiliar de Enfermería	8	11,8
Guardianía	4	5,9
Licenciado/a en Laboratorio	3	4,4
Servicios Generales y de limpieza	3	4,4
Licenciado/a en Imagenología	2	2,9
Médico/a Posgradista	1	1,5
Trabajo Social	1	1,5
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La mayoría de los trabajadores fueron licenciados en enfermería con el 25,0 (n=17) así como médicos generales con el 22,1% (n=15), seguido de médicos especialistas con el 20,6 (n=14).

Tabla 4. Características laborales del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	n	%
Horas de trabajo		
8 horas	31	45,6
24 horas	18	26,5
12 horas	11	16,2
6 horas	7	10,3
4 horas	1	1,5
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En el 45,6% de los casos los funcionarios trabajaban 8 horas.

Tabla 5. Tipología familiar del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

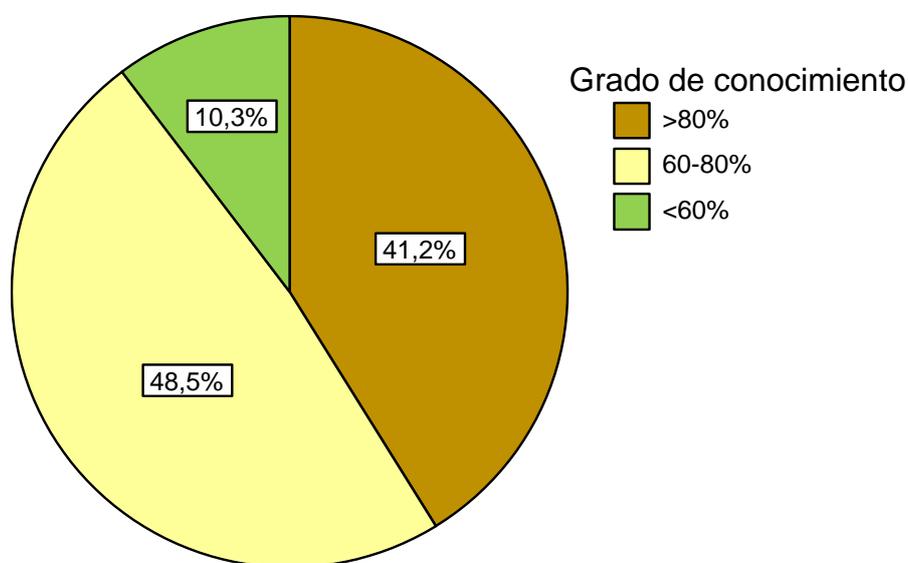
	n	%
Tipología familiar		
Familia biparental nuclear moderna	25	36,8
Familia biparental nuclear moderna obrera	20	29,4
Familia monoparental nuclear moderna	10	14,7
Familia extensa compuesta moderna obrera	4	5,9
Persona que vive sola	9	13,2
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 36,8% (n=25) del personal sanitario presentó una familia biparental nuclear moderna, seguido de familia biparental nuclear moderna obrera con el 29,4% (n=20). El 13,2% (n=9) vivieron solos.

Gráfico 2. Comportamiento del conocimiento sobre COVID-19 por parte del personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 41,2% de la población (n=28) obtuvo una puntuación adecuada en la escala "KNOW-PCOVID-19" (puntuación de más del 80%). El 48,5% (n=33) obtuvieron puntajes entre un 60-80% de la escala y un 10,3% obtuvo menos de 60% del conocimiento al momento de la realización del estudio.

Tabla 6. Frecuencia de ansiedad psíquica y somática según Hamilton en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	n	%
Ansiedad Psíquica		
Ausencia de ansiedad	24	35,3
Ansiedad leve	36	52,9
Ansiedad moderada/grave	8	11,8
Total	68	100,0
Ansiedad Somática		
Ausencia de ansiedad	23	33,8
Ansiedad leve	42	61,8
Ansiedad moderada/grave	3	4,4
Total	68	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 35,3% (n=24) de los trabajadores en salud no presentó ansiedad psíquica y 33,8% (n=23) no presentó ansiedad somática. La ansiedad leve fue la más frecuente con el 52,9% en cuanto a la ansiedad psíquica y 61,8% en relación con la ansiedad somática.

Tabla 7. Ansiedad y el nivel de conocimiento de COVID19 en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

		Porcentaje de conocimiento sobre Covid19			
		≥80%		<80%	
		n	%	n	%
Ansiedad Psíquica	Presente	15	34,1	29	65,9
	Ausente	13	54,2	11	45,8
	Presente	14	31,1	31	68,9
Ansiedad Somática	Ausente	14	60,9	9	39,1
	Total	28	41,2	40	58,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La ansiedad psíquica fue prevalente en la población con un nivel de conocimiento menor al 80%, de la misma manera la ansiedad somática fue más frecuente en la población con un nivel bajo de conocimiento.

Tabla 8. Ansiedad y ciclo vital en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19

	Ansiedad psíquica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Ciclo vital familiar				
Familia sin hijos	6	66,7	3	33,3
Familia con hijos menores de 11 años	17	70,8	7	29,2
Familia con hijos mayores de 11 años sin dejar la casa	15	57,7	11	42,3
Familia con hijos que han dejado la casa	6	66,7	3	33,3
Total	44	64,7	24	35,3
	Ansiedad somática			
	Si		No	
	n	%	n	%
Ciclo vital familiar				
Familia sin hijos	7	77,8	2	22,2
Familia con hijos menores de 11 años	17	70,8	7	29,2
Familia con hijos mayores de 11 años sin dejar la casa	15	57,7	11	42,3

Familia con hijos que han dejado la casa	6	66,7	3	33,3
Total	45	66,2	23	33,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Las familias que tienen hijos menores de 11 años presentaron la mayor frecuencia de ansiedad psíquica con el 70,8% mientras que las familias que no tienen hijos presentaron la mas alta prevalencia de ansiedad somática. Por el número de categorías de la variable ciclo vital familiar y el tamaño del universo en estudio no se calculan estadísticos de asociación.

Tabla 9. Ansiedad, conocimiento y tipo de familia en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19

Tipo de familia	Ansiedad Psíquica				Ansiedad Somática				Conocimiento Covid19			
	Si		No		Si		No		>80%		Menor al 80%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia biparental nuclear moderna	13	52	12	48	16	64	9	36	8	32	17	68
Familia biparental nuclear moderna obrera	16	80	4	20	14	70	6	30	11	55	9	45
Familia monoparental nuclear moderna	5	50	5	50	5	50	5	50	4	40	6	60
Familia extensa compuesta moderna obrera	4	100	0	0	3	75	1	25	1	25	3	75
Persona que vive sola	6	66,7	3	33,3	7	77,8	2	22,2	4	44,4	5	55,6
Total	44	64,7	24	35,3	45	66,2	23	33,8	28	41,2	40	58,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Las familias de tipo extensa compuesta moderna obrera fue la que mayor prevalencia de ansiedad psíquica presentaron con el 100%, sin embargo por la baja frecuencia n=4 este resultado no debería ser tomado como principal para un análisis de causalidad, con una mayor frecuencia n=13 las familias biparentales nucleares modernas presentaron el 52% de ansiedad psíquica. La mayor prevalencia de ansiedad somática se presentó en la familia extensa compuesta moderna obrera, pero de igual manera con baja frecuencia n=3. Es en este último tipo de familia que se presentó el menor nivel de conocimiento (menor a 80%) con el 75% de los casos, no se usa la categoría “persona que vive sola” por su baja frecuencia.

Tabla 10. Ansiedad y conocimiento con el grupo etario en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

	Ansiedad Psíquica				Ansiedad Somática				Conocimiento Covid19			
	Si		No		Si		No		>80%		Menor al 80%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo etario												
Menos de 30 años	14	82,4	3	17,6	14	82,4	3	17,6	6	35,3	11	64,7
30 a 40 años	23	65,7	12	34,3	24	68,6	11	31,4	15	42,9	20	57,1
Más de 40 años	7	43,8	9	56,3	7	43,8	9	56,3	7	43,8	9	56,3
Total	44	64,7	24	35,3	45	66,2	23	33,8	28	41,2	40	58,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El grupo de edad más afectado por ansiedad psíquica, somática y con el mayor nivel de desconocimiento fue el de los funcionarios de menos de 30 años.

Tabla 11. Asociación entre la ansiedad y conocimiento con el cargo en el personal sanitario que se encuentra haciendo frente a la COVID-19.

Cargo	Ansiedad Psíquica				Ansiedad Somática				Conocimiento Covid19			
	Si		No		Si		No		>80%		Menor al 80%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medico	23	76,7	7	23,3	21	70,0	9	30,0	19	63,3	11	36,7
Licenciado	8	36,4	14	63,6	11	50,0	11	50,0	9	40,9	13	59,1
Auxiliar	6	75,0	2	25,0	6	75,0	2	25,0	0	0	8	100,0
Otro	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	0	0	8	100,0
Total	44	64,7	24	35,3	45	66,2	23	33,8	28	41,2	40	58,8

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

No se analiza la categoría “otros” pues es la suma de varias profesiones y le resta direccionalidad de la tabla, pues lo que se busca es determinar el cargo de los funcionarios, los médicos son los profesionales que mas ansiedad psíquica presentaron con el 76,7%. Los auxiliares, con el 75% son los funcionarios que más ansiedad somática presentaron y son éstos también los que tuvieron la mayor frecuencia de desconocimiento.

7. DISCUSIÓN

7.1. Discusión de los resultados

El advenimiento de la pandemia por la COVID-19 durante el último año y medio, ha resultado en una crisis de salud pública que ha tenido repercusiones sociales, económicas, políticas y culturales a nivel mundial, pero que además, también ha tenido un alto impacto en la salud mental de la población, especialmente en la de los trabajadores del sector salud que conforman la primera línea de atención (Zhu, Xu, Wang, Liu, Wu, Li, Miao, Zhang, Yang, Sun, Zhu, Fan, Chen, et al., 2020), ya que ellos no solo deben enfrentarse al aumento de la carga laboral, sino que también están sometidos a mayor exposición y riesgo de infección, a mayor aislamiento y a mayor discriminación social, factores que los hacen más susceptibles a la pérdida de la salud mental (Kang et al., 2020b). Aunado a esto, en aras de garantizar un manejo y cuidado óptimo de los pacientes con COVID-19, los trabajadores sanitarios tienen la responsabilidad de actualizar constantemente sus conocimientos sobre el tema, lo que incrementa aún más su carga de estrés psicológico.

Asimismo, es importante reconocer al trabajador de salud como un ente social, que puede encontrarse en cualquier fase de su ciclo familiar, por lo que es susceptible a las propias crisis de cada una de estas, y que al sumarlo con los factores estresantes a las que se están sometiendo, puede generar un mayor impacto dentro de su salud mental. Como actualmente no existe un estudio que evalúe esta problemática desde las perspectivas anteriormente mencionadas, el objetivo de la presente investigación fue establecer la asociación ciclo vital familiar-ansiedad-niveles de conocimiento COVID-19 del personal sanitario, Centro Materno Infantil IESS Cuenca diciembre 2020 a septiembre 2021.

Entre las características generales de la muestra de este estudio destaca que la mayoría de los sujetos incluidos se encontraban en el grupo etario de 30 a 40 años, eran casados, vivían con los hijos,

eran licenciados en enfermería, trabajaban 8 horas al día y sus conocimientos en relación con la COVID-19 era mayor al 60%. De manera similar, Leveau-Bartra y cols. (2021) reportaron que en su estudio que incluyó a 48 trabajadores sanitarios del Perú, predominaba los individuos del sexo femenino y los profesionales entre 24 y 43 años (Leveau-Bartra, Córdova-Tello, Chávez-Navarro, Peche-Choque, & Guerrero-Órtiz, 2021). Asimismo, Lozano-Vargas (2020) reportó que en su estudio la mayoría de los participantes eran del sexo femenino, con edades entre 21 y 31 años, casados, viviendo con 3 a 5 individuos y con hijos (Lozano-Vargas, 2020). Olum y cols. (Olum et al., 2020) en su estudio conducido en 4 hospitales de Uganda, reportaron que en su muestra predominaba el personal de salud menor a 40 años de edad, y en donde aproximadamente el 70% de los individuos poseían un conocimiento superior al 80% sobre la COVID-19, no obstante, la mayoría de los sujetos era personal médico, lo cual discrepa de lo hallado en nuestro estudio. Por su parte, Huynh y cols. (Huynh et al., 2020) reportaron que por lo menos un 80% de su muestra tenía conocimientos suficientes sobre la COVID-19, que la mayoría de los individuos eran personal de enfermería y que más del 90% de los encuestados eran menores de 40 años de edad, hallazgos que coinciden con lo encontrado en el presente estudio. Además, Arce-Guevara (2020) realizó una investigación en 108 trabajadores del sector salud, de los cuales 66,66% eran personal de enfermería y auxiliares y el 33,34% eran médicos (Arce Guevara, 2020). Así mismo, Lai y cols. (Lai et al., 2020) informaron que en su estudio predominaron el personal de enfermería, los menores de 40 años de edad y los casados, lo cual también coincide con lo reportado en nuestro estudio.

Este último grupo de investigación, también reportó que en su muestra la ansiedad se presentó en un 44,6% de los individuos, siendo el personal de enfermería y las mujeres los sujetos que presentaron mayor severidad de ansiedad (Lai et al., 2020). Similares hallazgos fueron reportados por Dong y cols. (Dong et al., 2021), quienes llevaron a cabo una revisión sistemática que incluyó 25 estudios observacionales conducidos en China, encontrando que la prevalencia de ansiedad variaba entre 29 y 39%, siendo el personal de enfermería el más afectado. Por su parte, Hassannia y cols.

(Hassannia et al., 2021) llevaron a cabo un estudio en una población general iraní, donde encontraron que la prevalencia de ansiedad moderada y severa fue del 65%, siendo las mujeres y el personal de salud los más afectados por este trastorno psiquiátrico. Del mismo modo, Monterrosa-Castro y cols. (2020) reportaron una prevalencia de ansiedad de aproximadamente el 70% en una muestra de 531 médicos generales colombianos (Monterrosa-Castro et al., 2020). Mientras que Leveau-Bartra y cols. (2021) reportaron una prevalencia de algún grado de ansiedad del 62% (Leveau-Bartra et al., 2021). En nuestro estudio, la ansiedad psíquica y somática se presentó en aproximadamente dos tercios de la muestra, hallazgo que coincide con lo reportado por Hassannia y cols., por Leveau-Bartra y cols. (2021) y por Monterrosa-Castro y cols. (2020), pero que difiere por lo informado por el equipo de Dong (Dong et al., 2021) y por el de Lai (Lai et al., 2020). En relación a esto último, otros investigadores también han reportado tasas de síntomas de ansiedad muy inferiores (del 13% al 23%) a lo encontrado en el presente estudio (Chen-Yun et al., 2020; Lozano-Vargas, 2020). Aunque hay una amplia variabilidad de la prevalencia de ansiedad entre los trabajadores sanitarios de diferentes regiones, los hallazgos expuestos previamente evidencian que el laborar como personal de primera línea contra el COVID-19, pareciera incrementar el desarrollo de síntomas ansiosos. No obstante, es necesario evaluar la influencia de otros factores sociodemográficos, laborales, psiquiátricos, de hábitos psicobiológicos, entre otros, que pudieran influir en la incidencia de ansiedad de la población analizada.

Ahora bien, la ansiedad y el conocimiento sobre COVID-19, se encontró que el personal de salud que presentaba ansiedad somática tenía menor conocimiento de la enfermedad en comparación con los que no tuvieron ansiedad somática. Este hallazgo se podría deber al hecho de que el personal que contaba con más información sobre la enfermedad, sobre su historia natural, su manejo y complicaciones, además de las medidas de protección personal, tenían mayor destrezas y mesura a la hora de abordar a los pacientes con COVID-19, lo cual podría generar una sensación de seguridad psicológica, que a la larga aumentaba la resiliencia y capacidad de afrontamiento del personal

sanitario. De hecho, estudios han demostrado que el tener un buen conocimiento sobre la enfermedad mejora la actitud e incrementa la confianza de los individuos (Huynh et al., 2020; Zhang et al., 2020), de manera que el mantenerse actualizado y bien informado sobre la COVID-19 representa un requisito para promover las medidas preventivas y fomentar actitudes positivas en la lucha contra la pandemia (McEachan et al., 2016).

Por su parte, al analizar el ciclo vital familiar y la presencia o no de ansiedad, no se encontró que existiese una relación clara (no se calcularon estadísticos de asociación por el tamaño de la muestra). Al respecto, se observó que más de dos tercios de los individuos vivían con hijos y que un poco más del tercio de la muestra se encontraba en el ciclo familiar con hijos mayores a 11 años sin dejar la casa. Si bien en nuestra investigación no se pudo determinar la asociación entre niveles de ansiedad con el ciclo familiar del personal sanitario, estudios han demostrado que una alta carga laboral y de estrés, pueden generar conflictos en la vida personal y familiar de los individuos (Schieman & Narisada, 2021; Yucel & Fan, 2019), lo cual podría verse potenciado por los efectos psicosociales de la pandemia en la población (Karlsson & Fraenkel, 2020). En este sentido, Zhu y cols. (Zhu, Xu, Wang, Liu, Wu, Li, Miao, Zhang, Yang, Sun, Zhu, Fan, Chen, et al., 2020), en su estudio reportaron que aproximadamente el 50% de los sujetos evaluados vivían solos, y que más de dos tercios tenían uno o más hijos, factores que fueron asociados con una mayor prevalencia de ansiedad. En efecto, el rol laboral del personal sanitario en conjunto con las preocupaciones y angustias propias de la pandemia, impiden que estos individuos puedan concentrarse en cosas importantes de su vida familiar o personal, y además, hacen que carezcan del tiempo o energía suficiente para las personas importantes en sus vidas, pudiendo experimentar altos niveles de conflicto entre el trabajo y su vida personal, debido a que sus roles laborales disminuyen su capacidad para desempeñar roles relacionados con el hogar, lo que en consecuencia también podría incrementar sus niveles de ansiedad (Schieman, Badawy, A. Milkie, & Bierman, 2021).

Por otra parte, no se calculó la relación entre la ansiedad o el nivel de conocimientos sobre COVID-19 y distintas variables sociodemográficas y laborales. Al respecto, Hassannia y cols. (Hassannia et al., 2021) informaron que los niveles de ansiedad fueron superiores en el personal médico y de enfermería en comparación con otros miembros del equipo de salud, lo que coincide con lo reportado por el estudio de Dong (Dong et al., 2021) y de Lai (Lai et al., 2020). En particular, estos hallazgos podrían deberse a que este tipo de personal experimenta múltiples fuentes de angustias relacionadas a la pandemia, entre las que se incluye las preocupaciones por la propia salud, la de su familia y la de otros, sentimientos de vulnerabilidad o pérdida del control, los cambios en el trabajo, el aislamiento, entre otros (Wong et al., 2005). Además, el hecho de que el virus SARS-CoV-2 sea fácilmente transmisible de persona a persona, sumado a la alta morbimortalidad asociada a la COVID-19, pueden intensificar la percepción de peligro personal. Asimismo, el incremento de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, y la consecuente escasez predecible de suministros, contribuyen a las presiones y preocupaciones de los trabajadores de la salud.

Por su parte, Bitew y cols. (Bitew, Sharew, & Belsti, 2021) reportaron que en su muestra el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se asoció con el grupo etario y con el estado civil, observándose que mientras mayor era la edad o el no estar casado, mayor eran los conocimientos, hallazgo que coincide con lo reportado por Olum y cols. (Olum et al., 2020). En contraste, Lozano-Vargas (2020) reportó que el tener conocimiento sobre las medidas de prevención y contar con información de salud actualizada, se asoció con bajo impacto psicológico y menores síntomas de ansiedad (Lozano-Vargas, 2020). Al respecto, es de esperarse que las personas con mayor edad tengan mayor experiencia y cantidad de herramientas cognitivas-conductuales que permitan un mejor afrontamiento y manejo de la pandemia, mientras que, en el caso de los solteros, probablemente la ausencia de responsabilidades maritales y/o familiares permiten que estos individuos tengan más tiempo para actualizarse e informarse sobre la COVID-19.

Además es importante tener en cuenta lo complicado que puede ser la respuesta psicológica de los trabajadores de la salud ante una pandemia como la actual, ya que son múltiples los factores que pueden influir en la psiquis de estos individuos, entre los que se pueden mencionar los antecedentes psicopatológicos propios o familiares, eventos vitales adversos previos, la situación socioeconómica, algunos factores sociodemográficos y laborales, entre otros (Lai et al., 2020).

Las limitaciones del estudio son varias, una de ellas es la propia pandemia que condicionó el lograr trabajar con una cantidad mayor de funcionarios, esta limitada población a su vez condiciona el análisis estadístico y sobre todo la posibilidad de establecer asociación entre las variables; este es el motivo por el cual el análisis se basa en frecuencias y análisis de los porcentajes de las categorías, otra limitación fue el número de categorías de cada una de las variables, si bien es cierto son herramientas normatizadas, al momento de intentar la inferencia los resultados no resulta cómodo al análisis estadístico por la cantidad de categorías.

8. CONCLUSIONES

Conforme los objetivos del estudio, se concluye que:

- La población estudiada en la mayoría de los casos fueron adultos jóvenes, casados, licenciados/as de enfermería, con trabajos de 8 horas, Familia con su primer hijo con edad entre 11 años hasta y 1 día la edad en que el primer hijo dejó su casa y pertenecientes a Familia biparental nuclear moderna.
- En el 41,2% de los funcionarios tienen un nivel de conocimiento sobre COVID-19 superior al 80%.
- La prevalencia de ansiedad psíquica fue de 64,7% (52,9% leve y 11,8% moderada/grave) y de ansiedad somática de 66,2% (61,8% leve y 4,4% moderada/grave).
- La ansiedad psíquica y somática se presentó con mayor frecuencia en la población con nivel de conocimiento menor a 80% con el 65,9% y 68,2% respectivamente, no fue posible establecer asociación por el tamaño de la muestra.
- En lo referente al ciclo vital familiar, la Familia con hijos mayores de 11 años sin dejar la casa, presentaron la mas alta frecuencia de ansiedad psíquica con el 42,3% y también de ansiedad somática con el 42,3%.
- Las familias de tipo biparental nuclear presentaron la mas alta frecuencia de ansiedad psíquica y la familia extensa compuesta moderna obrera la mayor frecuencia de ansiedad somática, siendo este último tipo de familia la que mayor desconocimiento presentó.
- Las limitaciones del estudio son múltiples, lo que condicionó los resultados alcanzados.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal directivo de los centros asistenciales con área COVID-19, impartir talleres de formación, capacitación y actualización sobre la enfermedad a todo el personal sanitario.
- Asimismo, se les recomienda a los jefes de los servicios que manejan los casos COVID-19, que distribuyan de manera consciente y equilibrada el horario del personal sanitario, de manera que disminuya la carga laboral por individuo.
- Se recomienda promover la difusión de campañas informativas que concienticen sobre la importancia del mantenimiento de una buena salud mental y que ofrezcan las herramientas de afrontamiento necesarias para hacerle frente a la pandemia.
- Se recomienda al personal de salud buscar apoyo psicológico que les permita manejar de manera apropiada y equilibrada su carga laboral y familiar.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2021). *Stress in the Time of COVID-19* (N.º Volumen 1; p. 4).
- Arce Guevara, M. G. (2020). *Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas Covid* (Tesis de Pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211.
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Kamath, A., ... Brown, R. (2020). *Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A scoping review*. 37.
- Bitew, G., Sharew, M., & Belsti, Y. (2021). Factors associated with knowledge, attitude, and practice of COVID-19 among health care professional's working in South Wollo Zone Hospitals, Northeast Ethiopia. *SAGE Open Medicine*, 9, 205031212110251.
- Camacho-Osornio, D., Franco-Escobar, L., Santos, A. G.-D. los, Pérez-Cordova, L., Rangel, D., & Sales-Bustillos, R. (2020). Desconocimiento como factor de riesgo para contraer COVID-19: ¿A qué nos enfrentamos? *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9, 13-18.
- Carbonell, J., González Martín, N., & Carbonell Sánchez, M. (2016). Las familias en el siglo XXI: Una mirada desde el derecho. En <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/id/3174>. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Chen-Yun, L., Yang, Y.-Z., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., & Cheng, A. S. K. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 148, e98.

- Christian R, Mejia, Rodríguez-Alarcón, J Franco, Carbajal, Macarena, Sifuentes-Rosales, Jhesly, Campos-Urbina, Alejandra M, Charri, Julio C, ... Effer, A.-T. E. (2020). *Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú (KNOW-P-COVID-19)*.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.3827988>
- Cuba-Fuentes, M., Romero-Albino, Z., & Cuellar-De la Cruz, Y. (2014). Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Revista Medica Herediana*, 25, 68-72.
- Dong, F., Liu, H., Yang, M., Lu, C., Dai, N., Zhang, Y., ... Liu, J. (2021). Immediate Psychosocial Impact on Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 645460.
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, 290, 113130.
- Elhadi, M., Msherghi, A., Alkeelani, M., Zorgani, A., Zaid, A., Alsuyihili, A., ... Amshai, A. (2020). Assessment of Healthcare Workers' Levels of Preparedness and Awareness Regarding COVID-19 Infection in Low-Resource Settings. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103, 828-833.
- Escobar, A., & Peñaloza, M. (2018). *Relación del ambiente familiar, consumo de sustancias, y calidad de vida, con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones, en Quito, Cotacachi, Pusuquí, y Guayaquil, periodo noviembre 2017 a julio 2018*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- González Benítez, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 270-276.
- Hacimusalar, Y., Civan Kahve, A., Yasar, A., & Aydın, M. (2020). Anxiety and Hopelessness Levels in COVID-19 Pandemic: A Comparative Study of Healthcare Professionals and Other Community Sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*.

- Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2020). Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*, e93-e97.
- Hassannia, L., Taghizadeh, F., Moosazadeh, M., Zarghami, M., Taghizadeh, H., Dooki, A. F., ... Dehghan, N. (2021). Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 in Iran: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychopharmacology Reports*, *41*, 40-49.
- Hernández Rodríguez, J., & Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, *24*, 578-594.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, *24*, 1-10.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi = Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi = Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, *38*, 192-195.
- Huynh, G., Nguyen, T. N. H., Tran, V. K., Vo, K. N., Vo, V. T., & Pham, L. A. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, *13*, 260.
- Idefonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *20*, 239-251.
- Jakovljevic, M., Bjedov, S., Jaksic, N., & Jakovljevic, I. (2020). COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Security. *Psychiatria Danubina*, *32*, 6-14.

- Jenkins, L. S., Von Pressentin, K. B., Naidoo, K., & Schaefer, R. (2020). The evolving role of family physicians during the coronavirus disease 2019 crisis: An appreciative reflection. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12, 2478.
- Johns Hopkins University. (2020). Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Recuperado 11 de mayo de 2020, de <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... Liu, Z. (2020a). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7, e14.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... Liu, Z. (2020b). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7, e14.
- Karlsson, U., & Fraenkel, C.-J. (2020). Covid-19: Risks to healthcare workers and their families. *BMJ*, 371, m3944.
- Kruger, A., Eales, O. O., & van Vuuren, S. J. (2021). The contribution of family physicians to residential mental health care during the COVID-19 pandemic in Tshwane District, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 13, 3045.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3, e203976.
- Lee, J. Q., Loke, W., & Ng, Q. X. (2020). The Role of Family Physicians in a Pandemic: A Blueprint. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8, E198.
- Leveau-Bartra, H., Córdova-Tello, I. M., Chávez-Navarro, J., Peche-Choque, J., & Guerrero-Órtiz, H. (2021). Depresión, ansiedad y estrés en personal de salud de áreas de tratamiento covid-19, del hospital regional de Ica, 2021. *Revista Médica Panacea*, 10, 27-31.

- Liang, Y., Wu, K., Zhou, Y., Huang, X., Zhou, Y., & Liu, Z. (2020). Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, E6550.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118, 493-499.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83, 51-56.
- Marjan López de la Parra, M. del P., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M. A., Díaz Anzaldúa, A., & Cortés Sotres, J. F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37, 509.
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., & Conner, M. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50, 592-612.
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23, 195-213.
- Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A., ... Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 37, 965-971.
- Novara, J., Sotillo, C., & Warthon, D. (1985). Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana. *Instituto Nacional de Salud Mental*.

- Olum, R., Chekwech, G., Wekha, G., Nassozi, D. R., & Bongomin, F. (2020a). Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Frontiers in Public Health*, 8, 181.
- Olum, R., Chekwech, G., Wekha, G., Nassozi, D. R., & Bongomin, F. (2020b). Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00181>
- OPS. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). «Pandemic fear» and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 42, 232-235.
- Pérez Cárdenas, C. (2006). Algunos problemas de salud de las familias, grupos y colectivos. *Psicología para América Latina*, 0-0.
- Prados, M. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, 46-59.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020a). *Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social* [Preprint]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020b). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian journal of anesthesiology*, 48. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ruiz-Aquino, M. M., Diaz-Lazo, A. V., & Ortiz-Aguí, M. L. (2020). Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Revista Cubana de Enfermería*, 36. Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251>

- Sant'Ana, G., Imoto, A. M., Amorim, F. F., Taminato, M., Peccin, M. S., Santana, L. A., ... Camargo, E. B. (2020). Infection and death in healthcare workers due to COVID-19: A systematic review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0107>
- Schieman, S., Badawy, P. J., A. Milkie, M., & Bierman, A. (2021). Work-Life Conflict During the COVID-19 Pandemic. *Socius*, 7, 2378023120982856.
- Schieman, S., & Narisada, A. (2021). A less objectionable greed? Work-life conflict and unjust pay during a pandemic. *Research in Social Stratification and Mobility*, 71, 100564.
- SEDENA. (s. f.). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 281-282.
- Solano Murcia, M. I., & Vasquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 194-202.
- Taghizadeh, F., Hassannia, L., Moosazadeh, M., Zarghami, M., Taghizadeh, H., Fathi Dooki, A., ... Hedayatizadeh-Omran, A. (2020). *Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 Epidemic in IRAN: A Web-Based Cross-Sectional Study* [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*.
- Tan, B. Y. Q., Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L. L., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 173, 317-320.
- TAS, B. G., Özceylan, G., Öztürk, G. Z., & Toprak, D. (2020). Evaluation of Job Strain of Family Physicians in COVID-19 Pandemic Period- An Example from Turkey. *Journal of Community Health*, 1-9.

- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66, 317-320.
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12, 122-133.
- Wong, T. W., Yau, J. K. Y., Chan, C. L. W., Kwong, R. S. Y., Ho, S. M. Y., Lau, C. C., ... Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope: *European Journal of Emergency Medicine*, 12, 13-18.
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet. Psychiatry*, 7, 228-229.
- Yucel, D., & Fan, W. (2019). Work-Family Conflict and Well-Being among German Couples: A Longitudinal and Dyadic Approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 60, 377-395.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *The Journal of Hospital Infection*, 105, 183-187.
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., ... Wang, W. (2020). *COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers* [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*.
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., ... Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*, 24, 100443.



11. ANEXOS

Anexo 1. Formulario de recolección de datos

Edad: _____

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a

Ciclo vital familiar:

- Familia sin hijos hasta el nacimiento del primer hijo
- Familia con su primer hijo desde su nacimiento hasta los 2 años y medio
- Familia con su primer hijo con edad entre 2 años y medio hasta los 6 años
- Familia con su primer hijo con edad entre 6 años hasta los 11 años
- Familia con su primer hijo con edad entre 11 años hasta la edad en que el primer hijo dejó su casa
- Familia desde que el primer hijo deja su casa hasta que el último hijo de la casa
- Familia desde que el último hijo deja la casa hasta que se jubila uno de los miembros de la pareja
- Familia desde que se jubila hasta la muerte de uno o ambos miembros de la familia

Hijo/a-Hijos/as:

- Número de hijos: _____
- Edad de cada hijo: _____
- Quienes viven en casa o donde esta su primer hijo: _____

Cargo que desempeña en su trabajo:

- Médico/a Especialista
- Médico/a General
- Médico/a Postgradista
- Licenciado/a en Imagenología
- Licenciado/a en Laboratorio
- Licenciada en Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Servicios Generales y de limpieza
- Guardianía
- Trabajo Social

Cuántas horas de trabajo desempeña en una jornada laboral:

- 4 horas
- 6 horas
- 8 horas
- 12 horas
- 18 horas
- 24 horas

KNOW-PCOVID-19 (Escala de conocimiento sobre coronavirus validada en Perú)

1. ¿Qué indicación se le debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus?
 - Transfusión de sangre
 - Calmar los síntomas respiratorios
 - Antibióticos de amplio espectro
 - Internamiento en hospital más cercano

2. ¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estás infectado por coronavirus?
 - Iría al hospital
 - Me quedaría en casa hasta curarme
 - Iría a la farmacia
 - Seguiría con mi vida cotidiana

3. ¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) por coronavirus en la población general?
 - Menos del 50%
 - Menos del 30%.
 - Menos del 10%
 - Menos del 5%

4. ¿Cuál es el método diagnóstico que se utiliza para poder confirmar una infección por coronavirus?
 - Análisis de sangre
 - Ecografía
 - Hisopado nasal y/o bucal
 - Análisis en orina

5. ¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus?
 - Los mismos que una gripe/resfrío
 - Cardíacos
 - Neurológicos
 - Digestivos

6. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus?
 - Diarrea
 - Tos
 - Fiebre
 - Dificultad respiratoria

7. ¿En quiénes es más alta la tasa de mortalidad del coronavirus?
 - Mujeres
 - Hombres
 - Ancianos
 - Niños

8. ¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se pueden manifestar los síntomas del coronavirus?
- Hasta 5 días
 - Hasta 10 días
 - Hasta 14 días
 - Hasta 60 días.
9. ¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus?
- Sexual
 - Vía aérea
 - Placentaria
 - Por animales contagiados.

Escala de ansiedad de Hamilton

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Precauciones, anticipaciones de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a lo desconocido, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardias, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiro, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4
Ansiedad Psíquica					
Ansiedad Somática					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo 2. Consentimiento informado



Titulo: ASOCIACIÓN CICLO VITAL FAMILIAR-ANSIEDAD-NIVELES DE CONOCIMIENTO COVID-19 DEL PERSONAL SANITARIO, CENTRO MATERNO INFANTIL-IESS-CUENCA. MARZO–DICIEMBRE/2020.

Responsables:

Juan Diego Cabrera Orellana

Mercy Janneth Carrasco Timbe

Objetivo: este estudio tiene como objetivo la descripción de la asociación entre el ciclo vital familiar-ansiedad-niveles de conocimiento COVID-19.

Procedimiento: el procedimiento a llevar a cabo será la aplicación de una encuesta general que consta de tres partes, en la primera podrá encontrar las características generales, dentro de las que incluyen las laborales y sociodemográficas, adicionalmente esta para completar su ciclo vital familiar, en la segunda parte encontrará el cuestionario de conocimientos sobre COVID-19 y por último una escala para la determinación de niveles de ansiedad, luego de esta recolección usted no será contactado ni deberá realizar ninguna otra actividad en relación con este trabajo de investigación.

Riesgos y beneficios: su participación contribuirá de forma directa a la investigación en el país en relación con la COVID-19 ya que hasta la fecha son limitados los estudios acordes a esta problemática, adicionalmente al culminar la entrevista se le dará su reporte en relación al nivel de ansiedad que se encuentra manejando en la actualidad y se le darán recomendaciones al respecto, el riesgo que existe de pérdida de confidencialidad será reducido ya que su cuestionario no será codificado con su nombre sino que este será sustituido por un número arábigo.

Costo y remuneración por participación: usted no tendrá que pagar nada por participar en este análisis ni recibirá remuneración alguna por esta.

Consentimiento informado: confirmo que he leído la totalidad de este documento y que se me han explicado todas las dudas al respecto, por lo cual decido por mi propia cuenta participar de este estudio, conocimiento que si deseo retirarme en cualquier momento de este lo podré hacer sin ningún tipo de consecuencias.

Firma del participante:

Fecha de la aplicación de la encuesta

Firma del estudiante encargado:

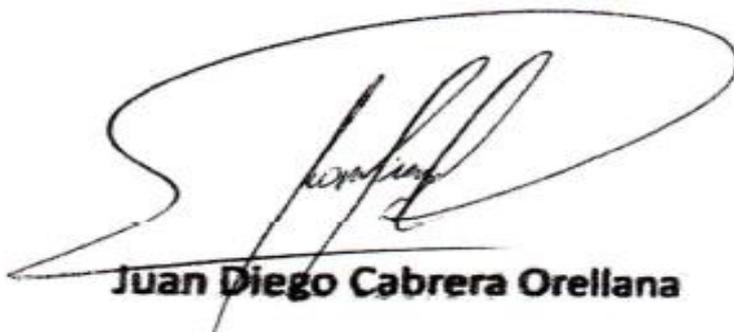
Fecha de la aplicación de la encuesta:

Para Constancia firma:



Federico Marcelo Toral Tenorio
Docente

Email: fmtoral@uazuay.edu.ec



Juan Diego Cabrera Orellana

Estudiante

Email: jcabreraoefc@es.uazuay.edu.ec



Mercy Janneth Carrasco Timbe

Estudiante

Email: mcarrascoefc@es.uazuay.edu.ec

Anexo 3. Cuadro de operacionalización de variables.

VARIABLE	ESCALA	INDICADORES
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa continua
ESTADO CIVIL	Casada/o	Cualitativa nominal
	Divorciada/o	
	Unión libre	
	Soltera/o	
	Viuda/o	
CICLO VITAL FAMILIAR	Familia que comienza	Cualitativa nominal
	Crianza inicial de los hijos	
	Familias con hijos preescolares	
	Familia con hijos escolares	
	Familia con hijos adolescentes	
	Familia en plataforma de lanzamiento	
	Familia Madura	
	Familia Anciana	
HIJO/A – HIJOS/AS	Número de hijos	Cualitativa, Cuantitativa nominal
	Edad de cada hijo	
	Quienes viven en casa o donde está su primer hijo	
CARGO	Médico especialista	Cualitativa nominal
	Médico general	
	Médico Postgradista	
	Tecnólogos (Imágenes, Laboratorio, bioquímicos)	
	Enfermería	
	Auxiliar de enfermería	
	Servicios Generales	
HORAS LABORADAS	6 horas	Cualitativa nominal
	8 horas	
	12 horas	
	24 horas	

ANSIEDAD	Evaluación global	Cuantitativa continua
ANSIEDAD	Ausencia de ansiedad	Cualitativa ordinal
	Ansiedad leve	
	Ansiedad moderada/severa	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE COVID-19	9 preguntas sobre conocimiento COVID-19	Cuantitativa continua