

Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú


Factors associated with the development of stress, anxiety and depression in the context of COVID-19 pandemic in Peruvian healthcare facilities

Miriam Osorio-Martínez^{1,2}  0000-0002-8861-8037

Michan Malca-Casavilca²  0000-0002-2331-8172

Yudy Condor-Rojas²  0000-0002-2109-4881

Melissa Becerra-Bravo¹  0000-0002-3672-4153

Eliberto Ruiz-Ramirez^{1,3}  0000-0002-5340-7168

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

²Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

³Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

Fechas · Dates

Recibido: 29/10/2021
Aceptado: 07/04/2022
Publicado: 15/07/2022

Correspondencia · Corresponding Author

Melissa Aracely Becerra Bravo
m.aralyibra5@gmail.com

Resumen

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y determinar los factores asociados a manifestaciones psicológicas de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en los establecimientos de salud del Perú durante mayo de 2020.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en trabajadores sanitarios de establecimientos hospitalarios del Perú. Se elaboró un cuestionario estructurado que incluía las características sociodemográficas, la profesión, área y lugar de trabajo, y cuestionarios validados para trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), Salud del paciente (PHQ-9) y la Escala de impacto del estresor revisada (IES-R). Para el análisis se utilizó modelos lineales generalizados de Poisson, función de enlace logarítmico y varianzas robustas. Se calculó el rango intercuartílico (RIC) y la razón de prevalencia ajustada (RPa) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: De un total de 258 encuestados, 254 (98%) completaron al cuestionario, siendo el 61,8% mujeres y el área de trabajo más común emergencia u hospitalización (62,2%). La puntuación mediana del PHQ-9 fue 4 (RIC:2-7), del GAD-7 fue 6 (RIC:4-8) y para el IES-R fue 16 (RIC:8-24). El análisis multivariado mostró que ser médico se asocia con una menor prevalencia de ansiedad (RPa: 0,77; IC 95%: 0,62-0,94), mientras que vivir solo se asoció con una mayor prevalencia de depresión (RPa: 1,46; IC 95%: 1,11-1,92).

Conclusión: El personal sanitario manifestó alteraciones psicológicas, asociado principalmente al personal no médico y vivir solo.

Palabras claves: COVID-19; personal de salud; salud mental; ansiedad; depresión; estrés.

Abstract

Objective: To describe the sociodemographic characteristics and determine the factors associated with psychological manifestations of depression, anxiety, and stress in healthcare workers in the context of COVID-19 pandemic in health facilities in Peru during the month of May 2020.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted out in healthcare workers of hospital establishments in Peru. To evaluate the outcome of interest, we administered a structured questionnaire that asked about type of healthcare personnel; sociodemographic characteristics; Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7); Patient Health Questionnaire scale (PHQ-9); and the Revised Stressor Impact scale (IES-R). We used generalized linear Poisson models, with a logarithmic link function and robust variance.

Results: Out of 258 respondents, 254 completed the survey; 61.8% were women; the most common work area was emergency department or hospitalization (inpatient) services (62.2%). The median PHQ-9 score was 4 points (IQR: 2-7); for the GAD-7, it was 6 points (IQR: 4-8), and for the IES-R, 16 points (IQR: 8-24). The multivariate analysis showed that being a physician was associated with less anxiety (PR: 0.77; 95% CI: 0.62-0.94), whereas living alone was associated with a greater risk of depression (PR: 1.46; 95% CI: 1.11-1.92).

Conclusions: Healthcare personnel are at risk of manifesting psychological alterations, mainly associated with the female gender, non-medical personnel and living alone.

Keywords: COVID-19; healthcare personnel; mental health; anxiety; depression; stress.

Introducción

La pandemia ocasionada por el SARS CoV 2 ha supuesto un incremento muy importante de la carga laboral, personal y emocional para el personal sanitario debido a la alta tasa de transmisión de la infección, el colapso de los servicios de salud y un gran número de trabajadores de la salud afectados y con desenlaces fatales^(1,2).

La situación en el Perú es desafiante para la población en general, para los responsables políticos y principalmente para el personal sanitario, considerándose la peor crisis de salud pública de nuestra generación⁽³⁾. Para marzo de 2021, el observatorio peruano para el COVID-19 reporta más de un millón de casos positivos y cerca de 50.000 fallecidos, con una de las tasas de letalidad más altas del mundo (3,50%)⁽⁴⁾. Médicos, enfermeras y demás profesionales sanitarios afines luchan en todo el país desde la primera línea de la pandemia, reportando niveles elevados de estrés psicológico, depresión, frustración, miedo a la propia infección y amenazas a la seguridad de su familia^(1,2,5).

La sobredemanda de camas para hospitalización, la lectura y puesta en acción de recomendaciones rápidas sin dar lugar a la adaptación, especialmente en un medio con recursos limitados e intenso escrutinio público, son características del trabajo sanitario actual⁽⁶⁾. Un metaanálisis realizado después de la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) de 2003 ha demostrado que los altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y agotamiento del personal médico pueden persistir con el tiempo⁷. En comparación con la población general, los trabajadores de la salud reportan sentir ira, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, nerviosismo, preocupación y menor felicidad frente a la demanda laboral que afrontan actualmente^(8,9,10).

En el Perú la pandemia ha puesto en evidencia la debilidad del sistema de salud, con hospitales antiguos, escasez de materiales e insumos, escasos laboratorios especializados, camas y ventiladores en las unidades de cuidados intensivos insuficientes, una población geriátrica abandonada, médicos mal remunerados, sin seguro médico y falta de provisión oportuna y completa de equipos de protección personal⁽³⁾, situación que incrementa el riesgo de afectar la salud mental de los trabajadores sanitarios.

El objetivo de este trabajo fue describir las características sociodemográficas y laborales, y determinar los factores asociados a manifestaciones psicológicas de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores sanitarios en el contexto de la COVID-19 en los establecimientos de salud del Perú.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal en mayo del 2020 que incluyó a profesionales sanitarios de diversos establecimientos hospitalarios de Lima y provincias, quienes estuvieron atendiendo a pacientes afectados de la COVID-19.

Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve a profesionales sanitarios de diversos establecimientos de salud hospitalarios de Lima y provincias, quienes estuvieron atendiendo la demanda asistencial por COVID-19. Se encuestó a 258 profesionales del área de salud, de los cuales 4 fueron excluidos por presentar datos incompletos respecto a las variables de interés. Se incluyó personal médico, de enfermería y técnico de enfermería, personal de apoyo al diagnóstico y personal administrativo. Se excluyó a profesionales con diagnóstico de trastornos psicológicos, personas que consumieran medicamentos por ansiedad o depresión antes del inicio de la pandemia.

Variables

Se consideró como variable dependiente las manifestaciones psicológicas de estrés (no, leve, moderado, severo), ansiedad (no/leve, moderado, severo) y depresión (no, leve, moderado, moderadamente severo, severo). Las variables explicativas fueron sexo (masculino, femenino); edad (20-50, >50); residencia (Lima, fuera de Lima); profesión (no médico, médico); estado civil (soltero/separado viudo, casado/conviviente); cohabitantes en el hogar (familiares/pareja, vive solo); área de trabajo (ambulatorio/comunitario, emergencia/hospitalización); lugar de trabajo (Minsa, EsSalud, Privado/otros).

Procedimientos

Se diseñó un formulario anónimo en Google Forms enviándose el enlace por mensajería de WhatsApp durante el mes de mayo de 2020. Se completaron 258 cuestionarios, 4 fueron rechazados por datos incompletos respecto a la variable de interés. Se incluyeron a médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, personal de apoyo al diagnóstico y administrativo. Se utilizó un cuestionario estructurado que incluía características sociodemográficas (edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, cohabitantes), y laborales (profesión, área de trabajo y lugar de trabajo). Para medir el estado de salud mental, se incluyó el Cuestionario para trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el de salud del paciente (PHQ-9) y la Escala de impacto del estresor revisada (IES-R). El PHQ-9 es un cuestionario de 9 ítems ampliamente utilizado en la evaluación y seguimiento de síntomas depresivos en los últimos 15 días, validado en Perú⁽¹¹⁻¹⁴⁾. GAD-7 es una escala compuesta por 7 ítems, para identificar síntomas de ansiedad en las 2 semanas previas, demos-

trando fuerte validez de criterio y una excelente medida de severidad⁽¹⁵⁾ con buena confiabilidad y validez de constructo⁽¹⁶⁾. El IES-R es un cuestionario autoadministrado para determinar el impacto psicológico después de la exposición a un evento estresante. Consta de 22 ítems que miden el efecto del estrés cotidiano, trauma cotidiano y estrés agudo, validado en el Perú para investigación clínica⁽¹⁷⁾.

Análisis estadístico

Se procesó y analizó los datos recolectados del cuestionario, con el programa estadístico Stata v.15 (*Stata Corporation, College Station, Texas, EE. UU.*). Las variables categóricas se describieron con frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describieron con su mediana y rango intercuartílico (RIC), después de comprobar su ausencia de normalidad, lo cual se realizó mediante la valoración del histograma, asimetría, curtosis y el test de Shapiro Wilk. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba U de Mann Whitney cuando la variable categórica fue dicotómica, y la prueba de Kruskal Wallis cuando fue politómica. Para evaluar la asociación entre las variables de estudio y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, se procedió a dicotomizar las variables de desenlace. Posteriormente, se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%), usando modelos lineales generalizados de la familia Poisson, función de enlace logarítmico y varianzas robustas. Para elegir las variables que entrarían a los modelos ajustados, solo se consideraron aquellas variables explicativas que el intervalo de confianza del RP no incluía la unidad, es decir aquellas que resultaron significativas en el análisis del modelo crudo.

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad, el cual consistió en una regresión lineal para conocer la asociación entre las variables de estudio y la puntuación de cada una de las escalas empleadas. Usando los residuos estudentizados de los modelos, se comprobó el cumplimiento de todos los supuestos, con excepción de la distribución normal. Se realizó una correlación de Spearman entre las escalas de interés (PHQ-9, GAD-7 e IER-S), reportándose el rho y su significancia.

Aspectos éticos

La presente investigación cuenta con protocolo de estudio y consentimiento informado que estuvieron adheridos a las normas de Helsinki para la investigación en sujetos humanos. El estudio cuenta con un certificado de aprobación ética emitido por el comité de ética del IETSJ de EsSalud, en el marco de resolución 42, registrado en la base de protocolos de investigación del Instituto Nacional de Salud del Perú (INS-PRISA) y disponible en línea: https://www.ins.gob.pe/prisa/ver_investigacion.aspx?91683158-CE70-49BE-9A5C-3B68435C4580.

Resultados

Se encuestó un total de 254 profesionales para identificar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia del COVID-19. La mayoría de los profesionales eran mujeres (61,8%), con edad inferior a 50 años (79,5%). La mayoría fueron residentes de Lima (81,5%) y el 70,5% fueron médicos (generales y especialistas). La mediana de las escalas PHQ-9, GAD-7 e IES-R fue 4 (RIC: 2-7), 6 (RIC: 4-8) y 16 (RIC: 8-24), respectivamente (Tabla 1).

En general, el estrés (leve, moderado y severo) fue el trastorno más frecuente con 73,6%; seguido de la presencia de síntomas de ansiedad (leve, moderado y severo) con 53,6% y depresión (leve, moderada, moderada severa y severa) con 49,2%. Respecto al análisis bivariado, las mujeres presentaron mayor mediana de puntaje en las escalas de depresión (5, RIC: 2-8), ansiedad (7, RIC: 4-8) y estrés (19, RIC: 10-25) en comparación con los hombres. Los profesionales no médicos presentaron mayor mediana en las escalas de ansiedad ($p=0,009$) y estrés ($p=0,006$) en comparación con los médicos. Los profesionales con síntomas depresivos tuvieron mayor puntaje en la escala de ansiedad y estrés (valor de $P < 0,001$) en comparación con los que no reportaron estos síntomas. Los profesionales que presentaron ansiedad tuvieron mayor puntaje en las escalas de depresión y estrés ($p < 0,001$) y aquellos con estrés presentaron mayor puntaje en las escalas de depresión y ansiedad ($p < 0,001$), que los que no reportaron ansiedad o estrés, respectivamente (Tabla 2).

En el modelo multivariable, se evidenció que ser profesional médico se asoció con una menor prevalencia de síntomas de ansiedad (RPa: 0,77; IC 95%: 0,62-0,94). En cambio, vivir solo se asoció con mayor prevalencia de síntomas de depresión (RPa: 1,46; IC 95%: 1,11-1,92). La presencia de síntomas de depresión se asoció con mayor prevalencia de síntomas de ansiedad (RPa: 2,20; IC 95%: 1,62-2,98) y de estrés (RPa: 1,46; IC 95%: 1,23-1,73). La presencia de síntomas de ansiedad se asoció con mayor prevalencia de síntomas de depresión (RPa: 2,43; IC 95%: 1,69-3,49) y estrés (RPa: 1,32; IC 95%: 1,11-1,57). La presencia de síntomas de estrés se asoció con mayor prevalencia de síntomas de depresión (RPa: 3,30; IC 95%: 1,68-6,46) y ansiedad (RPa: 2,01; IC 95%: 1,23-3,28). El coeficiente de correlación de Spearman entre el PHQ-9 y GAD-7 ($\rho=0,72$) y entre el PHQ-9 e IER-S ($\rho=0,74$) fue elevado y en sentido positivo. El coeficiente entre el GAD-7 e IER-S fue moderado y positivo ($\rho=0,68$) (Tabla 3 y 4).

Tabla 1. Características generales de la población de estudio (n=254).

| Características | n (%) | |
|------------------------------------|------------------------------|------------|
| Sexo | Masculino | 97 (38,2) |
| | Femenino | 157 (61,8) |
| Edad | 20 a 50 | 202 (79,5) |
| | 51 a más | 52 (20,5) |
| Residencia | Lima | 207 (81,5) |
| | Fuera de Lima | 47 (18,5) |
| Estado civil | Soltero, separado o viudo | 111 (43,7) |
| | Casado o conviviente | 143 (56,3) |
| Cohabitantes en el hogar | Familiares o pareja | 235 (92,5) |
| | Vive solo | 19 (7,5) |
| Profesión | No médico | 75 (29,5) |
| | Médico | 179 (70,5) |
| Área de trabajo | Ambulatorio o comunitario | 96 (37,8) |
| | Emergencia u hospitalización | 158 (62,2) |
| Lugar de trabajo | MINSA | 166 (65,4) |
| | EsSalud | 47 (18,5) |
| | Privado u otros | 41 (16,1) |
| Síntomas de depresión ^a | No | 129 (50,8) |
| | Leve | 92 (36,2) |
| | Moderada | 21 (8,3) |
| | Moderadamente severa | 9 (3,5) |
| | Severa | 3 (1,2) |
| Síntomas de ansiedad ^b | No | 118 (46,5) |
| | Leve | 98 (38,6) |
| | Moderada | 32 (12,6) |
| | Severa | 6 (2,4) |
| Síntomas de estrés ^c | No | 67 (26,4) |
| | Leve | 137 (53,9) |
| | Moderado | 35 (13,8) |
| | Severo | 15 (5,9) |
| | PHQ-9, mediana (RIC) | 4 (2-7) |
| | GAD-7, mediana (RIC) | 6 (4-8) |
| | IES-R, mediana (RIC) | 16 (8-24) |

MINSA: Ministerio de Salud. EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú. PHQ-9: Patient Health Questionnaire. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item. IESR: Impact of Event Scale-Revised. RIC: rango intercuartílico.

^a Se utilizó la escala *Patient Health Questionnaire*.

^b Se utilizó la escala *Generalized Anxiety Disorder 7-item*.

^c Se utilizó la escala *Impact of Event Scale-Revised*.

Tabla 2. Análisis bivariado entre las variables de estudio y las escalas de depresión, ansiedad y estrés en la población de estudio (n=254).

| Variables | | PHQ-9 | | GAD-7 | | IESR | |
|--------------------------|------------------------------|---------------|---------------------|---------------|------------|---------------|-------------------|
| | | Mediana (RIC) | Valor de p | Mediana (RIC) | Valor de p | Mediana (RIC) | Valor de p |
| Sexo | Masculino | 3 (1-6) | 0,003 | 5 (3-6) | <0,001 | 10 (5-18) | <0,001 |
| | Femenino | 5 (2-8) | | 7 (4-8) | | 19 (10-25) | |
| Edad | 20 a 50 años | 5 (2-8) | 0,088 | 6 (4-8) | 0,862 | 17 (8-24) | 0,597 |
| | 51 años o más | 3 (1-6) | | 6 (4-8) | | 14 (7,5-22,5) | |
| Residencia | Lima | 4 (2-7) | 0,911 | 6 (4-8) | 0,685 | 16 (8-24) | 0,978 |
| | Fuera de Lima | 5 (1-8) | | 6 (3-8) | | 17 (6-25) | |
| Profesión | No médico | 5 (2-8) | 0,223 ^d | 6 (5-8) | 0,009 | 20 (11-25) | 0,006 |
| | Médico | 4 (1-7) | | 5 (3-8) | | 15 (7-22) | |
| Estado civil | Soltero, separado o viudo | 5 (2-7) | 0,208 | 6 (4-8) | 0,770 | 18 (9-24) | 0,121 |
| | Casado o conviviente | 4 (1-7) | | 6 (3-8) | | 14 (7-23) | |
| Cohabitantes en el hogar | Familiares o pareja | 4 (2-7) | 0,077 | 6 (4-8) | 0,765 | 16 (8-23) | 0,108 |
| | Vive solo | 7 (3-9) | | 5 (2-8) | | 23 (10-33) | |
| Área de trabajo | Ambulatorio o comunitario | 5 (2-7,5) | 0,746 ^d | 6 (3-7) | 0,282 | 15 (7-22) | 0,156 |
| | Emergencia u hospitalización | 4 (2-7) | | 6 (4-8) | | 17 (9-25) | |
| Lugar de trabajo | MINSA | 4 (1-8) | 0,761 | 6 (4-8) | 0,640 | 15 (8-24) | 0,61 ^e |
| | EsSalud | 5 (3-7) | | 6 (3-8) | | 18 (10-23) | |
| | Privado u otros | 5 (1-7) | | 6 (3-7) | | 15 (6-24) | |
| Síntomas de depresión | No | - | - | 4 (2-6) | <0,001 | 9 (3-16) | <0,001 |
| | Sí | - | - | 7 (6-10) | | 23 (17-32) | |
| Síntomas de ansiedad | No | 2 (1-4) | <0,001 ^d | - | - | 9 (4-17) | <0,001 |
| | Sí | 7 (4-9) | | - | - | 22 (15-28) | |
| Síntomas de estrés | No | 1 (0-2) | <0,001 | 3 (1-5) | <0,001 | - | - |
| | Sí | 6 (3-8) | | 6 (5-8) | | - | - |

MINSA: Ministerio de Salud. EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú. PHQ-9: *Patient Health Questionnaire*. GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder 7-item*. IESR: *Impact of Event Scale-Revised*.

Tabla 3. Asociación simple (RPC) y ajustada (RPa) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés con las variables explicativas en la población de estudio (n=254).

| Variables | | Síntomas de depresión | | Síntomas de ansiedad | | Síntomas de estrés | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | | RPC (IC 95%) | RPa (IC 95%) ^{a**} | RPC (IC 95%) | RPa (IC 95%) ^{b**} | RPC (IC 95%) | RPa (IC 95%) ^{c**} |
| Sexo | Masculino | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Femenino | 1,59 (1,18-2,14) | 1,23 (0,95-1,58) | 1,29 (1,01-1,67) | 0,92 (0,72-1,18) | 1,28 (1,07-1,52) | 1,11 (0,94-1,31) |
| Edad | 20 a 50 | 1 | | 1 | | 1 | |
| | 51 a más | 0,69 (0,48-1,02) | - | 0,96 (0,72-1,29) | - | 0,96 (0,79-1,16) | - |
| Residencia | Lima | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Fuera de Lima | 1,10 (0,81-1,49) | - | 0,99 (0,74-1,34) | - | 0,94 (0,77-1,16) | - |
| Estado civil | Soltero, separado o viudo | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Casado o conviviente | 0,81 (0,64-1,04) | - | 0,93 (0,74-1,17) | - | 0,86 (0,74-0,99) | 0,91 (0,80-1,03) |
| Cohabitantes en el hogar | Familiares o pareja | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Vive solo | 1,44 (1,03-2,01) | 1,46 (1,11-1,92) | 0,88 (0,54-1,43) | - | 1,16 (0,94-1,43) | - |
| Profesión | No médico | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Médico | 0,86 (0,66-1,11) | - | 0,70 (0,56-0,87) | 0,77 (0,62-0,94) | 0,87 (0,75-1,00) | 0,97 (0,85-1,10) |
| Área de trabajo | Ambulatorio o comunitario | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Emergencia u hospitalización | 0,88 (0,69-1,13) | - | 1,05 (0,82-1,33) | - | 1,06 (0,91-1,24) | - |
| Lugar de trabajo | MINSAs* | 1 | | 1 | | 1 | |
| | EsSalud [†] | 1,12 (0,82-1,53) | - | 1,06 (0,79-1,42) | - | 1,12 (0,95-1,33) | - |
| | Privado u otros | 1,08 (0,77-1,51) | - | 1,07 (0,79-1,46) | - | 0,98 (0,79-1,22) | - |
| Síntomas de depresión | No | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Sí | - | - | 2,76 (2,07-3,68) | 2,20 (1,62-2,98) | 1,73 (1,46-2,04) | 1,46 (1,23-1,73) |
| Síntomas de ansiedad | No | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Sí | 3,30 (2,32-4,71) | 2,43 (1,69-3,49) | - | - | 1,63 (1,34-1,94) | 1,32 (1,11-1,57) |
| Síntomas de estrés | No | 1 | | 1 | | 1 | |
| | Sí | 5,24 (2,71-10,15) | 3,30 (1,68-6,46) | 3,12 (1,94-5,04) | 2,01 (1,23-3,28) | - | - |

RP: razón de prevalencia. IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

MINSAs: Ministerio de Salud-Gobierno del Perú.

EsSalud: Seguro Social de Salud de Perú

^a**Los modelos ajustados incluyen a variables que resultaron significativas en el modelo crudo.

^a Este modelo fue ajustado por sexo, cohabitantes en el hogar, síntomas de ansiedad y síntomas de estrés.

^b Este modelo fue ajustado por sexo, profesión, síntomas de depresión y síntomas de estrés

^c Este modelo fue ajustado por sexo, profesión, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad

Tabla 4. Correlación entre depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y estrés (IERS) en la población de estudio (n=254).

| Instrumento | PHQ-9 | GAD-7 | IERS |
|-------------|-------------------|-------------------|------|
| PHQ-9 | 1 | - | - |
| GAD-7 | 0,72 ^a | 1 | - |
| IERS | 0,74 ^a | 0,68 ^a | 1 |

PHQ-9: Patient Health Questionnaire. GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item. IERS: Impact of Event Scale-Revised. RIC: rango intercuartílico.

^a El valor de p fue inferior a 0,001.

Discusión

Nuestros hallazgos evidencian una asociación entre el desarrollo de manifestaciones psicológicas de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores sanitarios en el contexto de pandemia por la COVID-19, y se asocia a la profesión y al tipo de convivencia. También se observó que las personas con síntomas depresivos tuvieron un mayor puntaje al evaluar la ansiedad y el estrés a diferencia de las personas que no presentan síntomas depresivos; sin embargo, las personas con estrés mostraron alto puntaje de depresión y ansiedad a diferencia de aquellos sin estrés. Al ajustar por potenciales confusores se evidenció que las manifestaciones psicológicas de estrés, ansiedad y depresión también varían en relación a los cohabitantes del hogar, y que las personas que presentan síntomas de depresión tenían mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y estrés. Las personas con ansiedad presentaron mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiedad.

La OMS señala que la salud mental es la capacidad de tener bienestar y gozar de las propias capacidades en la resolución de las tensiones normales de la vida, para contribuir a la comunidad⁽¹⁸⁾. Esta definición en la situación actual connota un desafío para el personal sanitario del Perú, que se encuentra en riesgo de afectar su salud mental de forma aguda y crónica^(7,19). Los trabajadores sanitarios en el presente estudio presentaron síntomas de estrés principalmente, seguidos de ansiedad y depresión, tal como se ha evidenciado en estudios transversales realizados anteriormente^(7,20), incluso presentando puntuaciones más altas que las señaladas en otros países^(6,20-22). La fragilidad del sistema de salud peruano, aunado al desconocimiento de esta nueva enfermedad exige al personal sanitario asumir una alta carga laboral y emocional, tanto en la atención de los enfermos, como en la de brindar información a sus familiares, utilizando una estrategia de atención centralizada inicialmente en los hospitales más que en los servicios de atención primaria, y así dejar como principales proveedores al personal hospitalario⁽²³⁾. Al surgir una demanda abrupta y creciente de problemas de salud, los servicios y el personal que trabaja en el sistema sanitario se enfrentan a jornadas de trabajo intensas, aumento de los turnos, pocas horas de descanso, que aumentan los niveles de estrés que anteriormente ya presentaban, tal como se reporta en una revisión sistemática⁽²⁴⁾. Así mismo, el contexto de pandemia conlleva al personal sanitario a presentar mayores riesgos relacionados con trastornos de salud mental⁽²⁵⁾. En el presente estudio más de la mitad de los participantes mostraron

mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés; sin embargo, se debe tener en cuenta que puede existir diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales entre varones y mujeres^(26,27). En nuestra muestra el personal sanitario, excluyendo al personal médico, se observó una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad, resultados acordes con un metaanálisis donde encontraron que el personal con menor experiencia, de tiempo parcial o en mayor contacto con los pacientes tuvo mayor riesgo de resultados psicológicos adversos a nivel individual⁽²⁸⁾. Encontramos que la presencia de síntomas de depresión, estrés y ansiedad estuvieron asociados entre sí, como también se observa en la literatura de manera que la presencia de síntomas de un trastorno mental puede precipitar el surgimiento de otro trastorno asociado⁽²⁹⁾ e incluso de otras afecciones médicas⁽³⁰⁾.

Es importante resaltar ciertas limitaciones y fortalezas del presente estudio. En primer lugar, está basado en contexto de pandemia por lo que se decidió realizar un muestreo por conveniencia, lo cual nos limitó el acceso a población que pudo haber estado más expuesta a presentar nuestro desenlace de interés. En segundo lugar, las respuestas fueron por autoreporte, por lo que puede haber un subregistro de la información. En tercer lugar, al ser una investigación transversal, no se puede establecer la secuencia temporal, ni la causalidad, por lo que los síntomas reportados pudieron incrementar o disminuir con el contexto en el que nos muestra la pandemia. En cuarto lugar, algunos de los factores asociados hallados tuvieron una medida de asociación baja, por lo que su interpretación debe realizarse cautelosamente, pese a la significancia estadística que pueda tener el resultado. A pesar de esto, es un estudio que tomó otros criterios en consideración, como la coherencia al comparar con estudios similares a los nuestros^(2,5,7,20). Además, la medición de la variable desenlace no fue medida con preguntas directas sino mediante instrumentos validados en el tema de interés. La medición de la variable depresión, ansiedad y estrés fue medida por un psiquiatra profesional, siguiendo criterios DSM-5, debido a que es una medición estándar para el diagnóstico. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación se sugiere realizar estudios similares o prospectivos que permitan fortalecer los resultados encontrados, para poder atender a las necesidades de salud mental en trabajadores sanitarios, durante el trabajo que desarrollan en la pandemia por la COVID-19.

Se concluye de nuestro estudio que el personal médico presenta menor riesgo de manifestar alteraciones psicológicas; sin embargo, el riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y estrés se incrementa al ser parte del personal sanitario no médico, y a vivir solo. Además, se observó que la presencia de sintomatología depresiva se asocia a una mayor prevalencia de ansiedad y estrés.

Referencias

1. Ornell F, Halpern S, Paim F, Corrêa J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saude Pública*. 2020;36(4):e00063520.
2. Guanache GH. COVID-19. Un reto para los profesionales de la salud. *Rev Haban de Cienc Med*. 2020;19(2):e3284.
3. Maguiña C. Reflections on COVID-19 infection, Colegio Médico del Peru and the public health. *Acta Med Peru*. 2020;37(1):8-10.
4. Ministerio de Salud. COVID 19 en el Perú. [Covid19.minsa.gob.pe](https://covid19.minsa.gob.pe) 2021 [citado 13 Ene 2021]. Disponible en <https://covid19.minsa.gob.pe/>
5. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Alboniga-Mayor J, Picaza M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;14(2):106-112.
6. Cabarkapa S, Nadjidai S, Murgier J, Ng C. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health*. 2020;8:100144.
7. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185(2):127-133.
8. Wang H, Huang D, Huang H, Zhang J, Guo L, Liu Y, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on medical staff in Guangdong, China: a cross-sectional study. *Psychol Med*. 2022;52(5):884-892.
9. Ruiz M, Gibson C. Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on U.S. Health Care Workers: A Gathering Storm. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S153-S155.
10. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976.
11. Baader M, Molina J, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2012;50(1):10-22.
12. Calderón M, Gálvez-Buccollini J, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(4):578-9.
13. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):53-60.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.

- 15.** Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008;46(3):266-74.
- 16.** Gargurevich R., Luyten P, Fils JF, Corveleyn J. Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian samples. *Depress Anxiety*. 2009;26(8):E91-8.
- 17.** WHO. Promoting Mental Health; concepts, emerging evidence, practice [Internet]. [citado 22 Mayo 2022]; Disponible en: [https:// www.who.int/publications/i/item/9241562943](https://www.who.int/publications/i/item/9241562943)
- 18.** Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID19) on medical staff and general public – A systematic review and metaanalysis. *Psychiatry Research*. 2020;29:113190.
- 19.** Zhu Z, Xu S, Wang H, LiU Z, Wu J, Li G, et al. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020; 24:100443.
- 20.** Khanal P, Devkota N, Dahal M. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Global Health*. 2020;16(89):2-12.
- 21.** Guiryo A, Gagliardi M, Coombes N, Landriel F, Zanardi C, Camino Willhuber G. COVID-19 impact among spine surgeons in Latin America. *Global Spine J*. 2020;11(6):859-865.
- 22.** Ciriaco M. La estrategia olvidada: ¿Qué pasó con los centros de atención primaria? *Salud con lupa*. [Citado 2 Oct 2020]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/la-estrategia-olvidada-que-paso-con-los-centros-de-atencion-primaria/>
- 23.** Helioterio M, Lopes F, Sousa C, Souza F, Pinho P, Sousa F , et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. *Trab Educ Saude*. 2020;18(3):e00289121.
- 24.** Matthews L, Alden L, Wagner S, Mhite Nicole, Fraess-Phillips A, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic Stress disorder, depression, and anxiety in personnel working in emergency department settings: a systematic review. *J Emerg Med*. 2022;S0736-4679(21)00723-X.
- 25.** Neto MLR, Almeida HG, Esmeraldo JD, Nobre CB, Pinheiro WR, de Oliveira CRT, et. al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. 2020;288:112972.
- 26.** McCarthy M, Nugent B, Lenz K. Neuroimmunology and neuroepigenetics in the establishment of sex differences in the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2017;18:471-84.

- 27.** WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. [citado 13 Ago 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- 28.** Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642.
- 29.** Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Holtz Y, Benros ME, Dalsgaard S, de Jonge P, et al. Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(3):259-270.
- 30.** Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N Engl J Med*. 2020;382:1721-31.