

Factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud de la amazonia peruana al finalizar la pandemia COVID-19

Milena Bonilla-García⁽¹⁾, Luis Ciudad-Fernandez^(2,3), Jose Armada⁽⁴⁾, Christian R. Mejia⁽⁵⁾

¹Universidad Nacional de Ucayali. Ucayali, Perú.

²Universidad Nacional de Ucayali. Ucayali, Perú.

³Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴Universidad Continental, Huancayo, Perú.

⁵Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú.

Correspondencia:

Christian R. Mejia

Dirección: Huánuco, Perú

Correo electrónico: christian.mejia.md@gmail.com

La cita de este artículo es: Milena Bonilla-García et al. Factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud de la amazonia peruana al finalizar la pandemia COVID-19. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2023; 32(4): 285-296

RESUMEN.

Introducción: En el marco de esta pandemia, el personal de salud ha sufrido cambios psicológicos, debido a su relación directa con pacientes contagiados por COVID-19, convirtiéndose así en parte de un grupo vulnerable.

Objetivo: Conocer los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud amazónico durante la pandemia COVID-19.

Material y Métodos: La población estuvo conformada por el personal de salud de dos establecimientos de I y II nivel, donde la muestra fue de 341 personas. El tipo de estudio es observacional, transversal analítico, se usó como instrumento una encuesta auto aplicada.

Resultados: Se encontró mayor depresión en mujeres (RPa: 1,71; IC95%: 1,29-2,26; valor $p < 0,001$) y menor depresión con tener mayor edad (RPa: 0,98; IC95%: 0,97-0,99; valor $p = 0,018$). La ansiedad se asoció con tener familiares fallecidos (RPa: 1,06; IC95%: 1,01-1,12;

FACTORS ASSOCIATED WITH DISORDERS OF THE MENTAL SPHERE IN HEALTH PERSONNEL IN THE PERUVIAN AMAZON AT THE END OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Introduction: In the context of this pandemic, healthcare personnel have experienced psychological changes, due to their direct contact with COVID-19 infected patients, becoming part of a vulnerable group.

Objective: To identify factors associated with mental health disorders among amazonic healthcare personnel during the COVID-19 pandemic.

Material and Methods: The population consisted of healthcare personnel from two level I and II establishments, with a sample size of 341 individuals. The study design was observational, cross sectional, and a self-administered survey was used as the instrument.

valor $p=0,029$). El tener enfermedades previas (RPa: 1,72; IC95%: 1,27-2,32; valor $p<0,001$), tener colegas fallecidos (RPa: 1,05; IC95%: 1,05-1,06; valor $p<0,001$) y ser enfermera (RPa: 1,40; IC95%: 1,05-1,85; valor $p=0,020$) tuvo estrecha relación con el estrés post traumático (EPT).

Conclusión: Se concluye que existe factores asociados a la depresión, ansiedad, estrés y EPT en el personal de salud amazónico durante la pandemia COVID-19.

Palabras clave: COVID-19; personal de salud; salud mental; amazonia.

Results: A higher prevalence of depression was found in women (adjusted prevalence ratio [aPR]: 1.71; 95% confidence interval [CI]: 1.29-2.26; p -value <0.001), and a lower prevalence of depression was associated with older age (aPR: 0.98; 95% CI: 0.97-0.99; p -value=0.018). Anxiety was associated with having deceased family members (aPR: 1.06; 95% CI: 1.01-1.12; p -value=0.029). Having previous illnesses (aPR: 1.72; 95% CI: 1.27-2.32; p -value <0.001), having deceased colleagues (aPR: 1.05; 95% CI: 1.05-1.06; p -value <0.001), and being a nurse (aPR: 1.40; 95% CI: 1.05-1.85; p -value=0.020) was closely related to post traumatic stress (PTSD).

Conclusion: It is concluded that there are factors associated with depression, anxiety, stress, and PTSD among amazonic healthcare personnel during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; healthcare personnel; mental health; amazonic.

Fecha de recepción: 9 de junio de 2023

Fecha de aceptación: 29 de noviembre de 2023

Introducción

El coronavirus (COVID-19) fue identificado por primera vez en Wuhan, China a finales del 2019, posteriormente, en marzo del 2020 fue declarado como pandemia⁽¹⁾. El impacto de la pandemia no solo causó afecciones físicas, sino también un deterioro de la salud mental, en especial, en el personal de salud que se encontraban en la primera línea de atención a los infectados^(2,3). Diversos estudios han evidenciado asociaciones entre el nivel de estrés, ansiedad, depresión, estrés post traumático, insomnio y miedo; los cuales se mostraban desde un rango moderado hasta el severo^(4,5). Lo que generó en diversos trabajadores de la salud una disminución de la eficacia laboral y profesional; así como, otras muchas repercusiones personales, laborales y sociales⁽⁶⁾. Por ejemplo, estudios realizados en China y España evidenciaron varios casos de trastornos mentales como la depresión, angustia, EPT en sus trabajadores; los que estuvieron asociados a factores

como largas horas de jornadas de trabajo, falta de personal, contacto directo con pacientes infectados, miedo constante a contagiar a su familia y tener colegas enfermos o fallecidos por COVID-19^(7,8).

Por todo esto se conoce que la salud mental en el personal de salud ha sufrido un gran deterioro durante la pandemia, ya que, estas patologías mentales pueden generar un “presentismo laboral”, una inadecuada toma de decisiones día a día, el estrés crónico, entre otros⁽⁹⁾; lo cual podría precipitar en accidentes y enfermedades laborales. Por tal motivo, es importante comprender si el bienestar mental de los trabajadores ha sufrido durante la pandemia COVID-19⁽⁴⁾, y según esto poder establecer adecuadas medidas de apoyo necesarias para mitigar estos daños. Sobre todo, en poblaciones laborales de la amazonia, que no se tienen muchos reportes por su lejanía y difícil acceso. Por todo lo mencionado es que se tuvo el objetivo principal de este estudio es conocer los factores asociados a los trastornos de la esfera mental en el personal de salud amazónico

durante la pandemia COVID-19.

Material y Métodos

El diseño del estudio es de tipo observacional, transversal analítico. La población estuvo conformada por el personal de salud de dos establecimientos de I y II nivel: Centro de salud 9 de octubre y Hospital Amazónico de Yarinacocha, los cuales tienen una similitud con un estudio realizado por Espinoza-Acurra G en la ciudad de Piura⁽¹⁰⁾; pero sabiendo que dicha población se encontraba en la costa norte peruana.

Para calcular la muestra se usó un software estadístico (Stata vs. 16) y con los resultados obtenidos por un piloto se pudo realizar 45 cruces con las variables propuestas (cada cruce fue de las variables dependientes utilizadas versus las variables independientes propuestas), siendo el tamaño muestral óptimo de 341 participantes. Dentro de los criterios de inclusión se tuvo el que sean profesionales de la salud médicos y no médicos (enfermeros(as), obstetras, técnicos en enfermería) que laboren en las áreas de emergencia, medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y unidad de cuidados intensivos (UCI). Se excluyó al personal de salud que tuviese licencia o vacaciones, el personal que no responda de manera adecuada las principales preguntas y quienes no deseen participar en el estudio; se excluyó menos de 5 personas en total.

Se solicitó la aprobación de protocolo de investigación por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Ucayali (Oficio número: 028-2023-UNU-FMH-CED) y luego de ello se procedió a solicitar los permisos a los dos establecimientos de salud, posterior a dichas aprobaciones se aplicó un consentimiento informado a los participantes, para poder realizar el cuestionario. Se recolectó las características sociodemográficas: sexo (masculino / femenino), la edad (años cumplidos), el estado civil (soltero, divorciado o viudo / casado o conviviente), hábitos nocivos (no / sí), enfermedades previas (no / sí), lugar de trabajo (Hospital Amazónico de Yarinacocha / Centro de Salud 9 de octubre), ocupación (médico, enfermera(o), obstetra, técnico de enfermería),

estudios de posgrado (no / sí), servicio donde laboral (emergencia, cirugía, gineco-obstetricia, medicina, pediatría o UCI) y la cantidad de familiares enfermos, familiares fallecidos, colegas enfermos o colegas fallecidos durante la pandemia. Todas estas fueron consideradas variables independientes.

Para las variables dependientes se usó la Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) y para medir el estrés post traumático la escala breve SPRINT-E; ambas escalas han sido muy usadas en diversos estudios, por ser breves y medir de forma eficiente la sintomatología para esas cuatro patologías de la esfera mental. Luego de la obtención de toda la información se procedió a un control de calidad de la data, en el cual se tuvo dos filtros estadísticos para verificar que la información estuviese correcta; posterior a esto se pasó al programa estadístico (Stata vs. 16), donde se etiquetó y dejó listo para la obtención de resultados.

Para análisis de datos primero se generó una tabla que describiría las características más importantes de la población encuestada, para esto se usó las frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables categóricas, así mismo, luego se procedió a describir las variables cuantitativas, en donde se encontró que tenían un comportamiento no normal (esto con la prueba estadística Shapiro Wilk, por eso se muestran la mediana y rango intercuartílico en todas las tablas). Posteriormente se cruzó las variables dependientes contra todas las variables independientes, para lo cual se obtuvo las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p; todos estos fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen). Para que una variable pase del modelo bivariado al multivariado debía tener un valor $p < 0,05$, ese mismo punto de corte se usó para determinar la significancia estadística.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que de los 341 encuestados, el 62,8% fueron mujeres, la mediana de edades fue de 38 años (rango intercuartílico: 32-48 años), el

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	127	37,2%
Femenino	214	62,8%
Edad* (años cumplidos) M y RI	38	32-48
Estado civil		
Soltero, divorciado o viudo	202	59,2%
Casado o conviviente	139	40,8%
Hábitos nocivos		
No	279	81,8%
Si	62	18,2%
Enfermedades previas		
No	285	83,6%
Si	56	16,4%
Lugar de trabajo		
Hospital Amazónico de Yarinacocha	261	76,5%
Centro de Salud 9 de octubre	80	23,5%
Ocupación		
Médico	90	26,4%
Enfermera(o)	98	28,7%
Obstetra	58	17,0%
Técnico en enfermería	95	27,9%
Estudios de posgrado		
No	208	61,0%
Si	133	39,0%
Servicio		
Emergencia	90	26,4%
Cirugía	32	9,4%
Gineco-obstetricia	78	22,9%
Medicina	55	16,1%
Pediatría	44	12,9%
Unidad de cuidados intensivos	42	12,3%
Durante la pandemia (M y RI)		
Familiares que enfermaron	5	3-10
Familiares que fallecieron	0	0-1
Colegas que enfermaron	11	8-22
Colegas que fallecieron	2	0-4

M: Mediana. RI: Rango intercuartílico.

59,2% eran solteros, divorciados o viudos, el 81,8% refirió no tener hábitos nocivos, el 83,6% no tenía enfermedades previas, el 76,5% trabajaba en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, el 28,7% era enfermero(a), el 39,0% tenía estudios de posgrado y el 26,4% trabajaba en el servicio de emergencia. Tabla 1.

Al analizar los factores asociados al padecer depresión moderada o severa, se encontró más frecuencia entre las mujeres (RPa: 1,71; IC95%: 1,29-2,26; valor $p < 0,001$) y entre los que laboraban en el servicio de gineco-obstetricia (RPa: 1,19; IC95%: 1,04-1,36; valor $p = 0,012$); pero hubo menos frecuencia a mayor edad (RPa: 0,98; IC95%: 0,97-0,99; valor $p = 0,018$), entre las obstetras (RPa: 0,41; IC95%: 0,21-0,80; valor $p = 0,008$), entre los del servicio de cirugía (RPa: 0,65; IC95%: 0,44-0,95; valor $p = 0,028$), de medicina (RPa: 0,35; IC95%: 0,29-0,42; valor $p < 0,001$) y de pediatría (RPa: 0,32; IC95%: 0,11-0,91; valor $p = 0,033$). Tabla 2.

Al analizar los factores asociados al padecer de ansiedad moderada o severa, se encontró que tuvieron más prevalencia los que tenían estudios de posgrado (RPa: 1,19; IC95%: 1,08-1,31; valor $p = 0,001$) y los que tuvieron más cantidad de familiares fallecidos (RPa: 1,06; IC95%: 1,01-1,12; valor $p = 0,029$), por el contrario, hubo menos prevalencia entre los del servicio de cirugía (RPa: 0,49; IC95%: 0,42-0,57; valor $p < 0,001$), de medicina (RPa: 0,58; IC95%: 0,48-0,69; valor $p < 0,001$) y de pediatría (RPa: 0,79; IC95%: 0,67-0,92; valor $p = 0,003$), ajustado por el tener hábitos nocivos. Tabla 3.

Al analizar los factores asociados al padecer de estrés moderado o severo, se encontró que hubo más frecuencia entre los técnicos de enfermería (RPa: 1,80; IC95%: 1,60-2,03; valor $p < 0,001$) y en el área de gineco - obstetricia (RPa: 2,85; IC95%: 2,19-3,69; valor $p < 0,001$), pero menos entre los

TABLA 2. FACTORES ASOCIADOS AL PADECER DEPRESIÓN MODERADO O SEVERO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE EL COVID-19, UCAYALI 2022.

Variable	Con depresión		Análisis crudo	Análisis ajustado
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%) Valor p	RPa (IC95%) Valor p
Sexo				
Masculino	115 (90,6)	12 (9,4)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Femenino	181 (84,6)	33 (15,4)	1,64 (1,10-2,45) 0,016	1,71 (1,29-2,26) <0,001
Edad*	38 (32-49)	38 (30-46)	0,98 (0,97-0,99) <0,001	0,98 (0,97-0,99) 0,018
Estado civil				
Soltero, divorciado o viudo	178 (88,1)	24 (11,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Casado o conviviente	118 (84,9)	21 (15,1)	1,27 (0,75-2,13) 0,377	No entró al modelo
Hábitos nocivos				
No	243 (87,1)	36 (12,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	53 (85,5)	9 (14,5)	1,12 (0,97-1,29) 0,113	No entró al modelo
Enfermedades previas				
No	249 (87,4)	36 (12,6)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,27 (0,84-1,91) 0,255	No entró al modelo
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico de Yarinacocha	224 (85,8)	37 (14,2)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	72 (90,0)	8 (10,0)	0,70 (0,23-2,12) 0,531	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	80 (88,9)	10 (11,1)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Enfermera(o)	83 (84,7)	15 (15,3)	1,38 (0,68-2,80) 0,377	1,15 (0,65-2,04) 0,632
Obstetra	52 (89,7)	6 (10,3)	0,93 (0,51-1,71) 0,817	0,41 (0,21-0,80) 0,008
Técnico en enfermería	81 (85,3)	14 (14,7)	1,34 (1,02-1,76) 0,033	1,16 (0,98-1,36) 0,079
Estudios de posgrado				
No	179 (86,1)	29 (13,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	117 (88,0)	16 (12,0)	0,87 (0,68-1,12) 0,277	No entró al modelo
Servicio				
Emergencia	72 (80,0)	18 (20,0)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	28 (87,5)	4 (12,5)	0,65 (0,41-1,01) 0,059	0,65 (0,44-0,95) 0,028
Gineco-obstetricia	66 (84,6)	12 (15,4)	0,77 (0,44-1,35) 0,363	1,19 (1,04-1,36) 0,012
Medicina	51 (92,7)	4 (7,3)	0,36 (0,31-0,43) <0,001	0,35 (0,29-0,42) <0,001
Pediatría	41 (93,2)	3 (6,8)	0,34 (0,11-1,01) 0,053	0,32 (0,11-0,91) 0,033
UCI	38 (90,5)	4 (9,5)	0,48 (0,20-1,15) 0,100	0,47 (0,20-1,08) 0,076
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	7 (3-10)	1,02 (0,99-1,05) 0,186	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,14 (0,98-1,32) 0,094	No entró al modelo
Colegas enfermos	12 (8-22)	10 (8-20)	1,00 (0,99-1,00) 0,054	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-4)	2 (0-5)	1,01 (0,98-1,04) 0,620	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico). CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

TABLA 3. FACTORES ASOCIADOS AL PADECER DE ANSIEDAD MODERADO O SEVERO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE EL COVID-19, UCAYALI 2022.

Variable	Con ansiedad		Análisis crudo	Análisis ajustado
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%) Valor p	RPa (IC95%) Valor p
Sexo				
Masculino	70 (55,1)	57 (44,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Femenino	116 (54,2)	98 (45,8)	1,03 (0,86-1,22) 0,780	No entró al modelo
Edad*	39 (32-49)	38 (32-47)	0,99 (0,98-1,01) 0,326	No entró al modelo
Estado civil				
Soltero, divorciado o viudo	110 (54,5)	92 (45,5)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Casado o conviviente	76 (54,7)	63 (45,3)	0,99 (0,73-1,35) 0,951	No entró al modelo
Hábitos nocivos				
No	147 (52,7)	132 (47,3)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	39 (62,9)	23 (37,1)	0,78 (0,61-0,99) 0,048	0,79 (0,57-1,08) 0,134
Enfermedades previas				
No	156 (54,7)	129 (45,3)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	30 (53,6)	26 (46,4)	1,02 (0,95-1,10) 0,546	No entró al modelo
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico	131 (50,2)	130 (49,8)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	55 (68,7)	25 (31,3)	0,63 (0,36-1,09) 0,097	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	50 (55,6)	40 (44,4)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Enfermera(o)	50 (51,0)	48 (49,0)	1,10 (0,97-1,25) 0,126	No entró al modelo
Obstetra	42 (72,4)	16 (27,6)	0,62 (0,25-1,55) 0,308	No entró al modelo
Técnico en enfermería	44 (46,3)	51 (53,7)	1,22 (0,82-1,82) 0,325	No entró al modelo
Estudios de posgrado				
No	121 (58,2)	87 (41,8)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	65 (48,9)	68 (51,1)	1,23 (1,10-1,38) <0,001	1,19 (1,08-1,31) 0,001
Servicio				
Emergencia	36 (40,0)	54 (60,0)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	23 (71,9)	9 (28,1)	0,48 (0,40-0,59) <0,001	0,49 (0,42-0,57) <0,001
Gineco-obstetricia	50 (64,1)	28 (35,9)	0,60 (0,32-1,12) 0,109	0,64 (0,37-1,14) 0,129
Medicina	37 (67,3)	18 (32,7)	0,55 (0,47-0,64) <0,001	0,58 (0,48-0,69) <0,001
Pediatría	23 (52,3)	21 (47,7)	0,80 (0,63-1,01) 0,056	0,79 (0,67-0,92) 0,003
UCI	17 (40,5)	25 (59,5)	0,99 (0,93-1,05) 0,798	0,98 (0,89-1,07) 0,671
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	6 (4-10)	1,03 (>1,00-1,04) 0,014	1,01 (0,99-1,02) 0,346
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,10 (1,02-1,18) 0,010	1,06 (1,01-1,12) 0,029
Colegas enfermos	10 (8-22)	12 (8-22)	1,00 (0,99-1,01) 0,589	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-3)	2 (0-4)	1,01 (0,99-1,04) 0,247	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico). CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

TABLA 4. FACTORES ASOCIADOS AL PADECER DE ESTRÉS MODERADO O SEVERO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE EL COVID-19, UCAYALI 2022.

Variable	Con estrés		Análisis crudo	Análisis ajustado
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%) Valor p	RPa (IC95%) Valor p
Sexo				
Masculino	114 (89,8)	13 (10,2)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Femenino	190 (88,8)	24 (11,2)	1,10 (0,59-2,05) 0,762	No entró al modelo
Edad*	38 (32-48)	37 (32-46)	0,99 (0,96-1,02) 0,636	No entró al modelo
Estado civil				
Soltero, divorciado o viudo	176 (87,1)	26 (12,9)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Casado o conviviente	128 (92,1)	11 (7,9)	0,61 (0,39-0,95) 0,028	0,55 (0,33-0,93) 0,025
Hábitos nocivos				
No	248 (88,9)	31 (11,1)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	56 (90,3)	6 (9,7)	0,87 (0,38-1,97) 0,735	No entró al modelo
Enfermedades previas				
No	257 (90,2)	28 (9,8)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,63 (0,92-2,88) 0,092	No entró al modelo
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico	228 (87,4)	33 (12,6)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	76 (95,0)	4 (5,0)	0,40 (0,14-1,10) 0,077	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	81 (90,0)	9 (10,0)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Enfermera(o)	89 (90,8)	9 (9,2)	0,92 (0,55-1,52) 0,741	0,89 (0,55-1,43) 0,620
Obstetra	54 (93,1)	4 (6,9)	0,69 (0,25-1,89) 0,469	0,23 (0,05-1,12) 0,069
Técnico en enfermería	80 (84,2)	15 (15,8)	1,59 (1,11-2,29) 0,012	1,80 (1,60-2,03) <0,001
Estudios de posgrado				
No	189 (90,9)	19 (9,1)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	115 (86,5)	18 (13,5)	1,49 (0,74-3,02) 0,264	No entró al modelo
Servicio				
Emergencia	78 (86,7)	12 (13,3)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	28 (87,5)	4 (12,5)	0,97 (0,64-1,47) 0,878	0,99 (0,57-1,74) 0,977
Gineco-obstetricia	66 (84,6)	12 (15,4)	1,15 (0,50-2,64) 0,735	2,85 (2,19-3,69) <0,001
Medicina	52 (94,5)	3 (5,5)	0,41 (0,07-2,43) 0,325	0,41 (0,07-2,33) 0,312
Pediatría	41 (93,2)	3 (6,8)	0,51 (0,08-3,29) 0,480	0,51 (0,08-3,36) 0,480
UCI	39 (92,9)	3 (7,1)	0,54 (0,31-0,94) 0,028	0,65 (0,33-1,29) 0,219
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	5 (3-10)	7 (3-10)	1,01 (0,97-1,05) 0,580	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	1,10 (0,91-1,33) 0,303	No entró al modelo
Colegas enfermos	11 (8-22)	14 (7-20)	1,00 (0,99-1,01) 0,843	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-3)	2 (0-6)	1,03 (0,99-1,07) 0,104	No entró al modelo

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico). CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

casados o convivientes (RPa: 0,55; IC95%: 0,33-0,93; valor $p=0,025$).Tabla 4.

Al analizar los factores asociados al padecer de estrés post traumático se encontró que hubo más prevalencia de esta patología entre los que tenían enfermedades previas (RPa: 1,72; IC95%: 1,27-2,32; valor $p<0,001$), entre los enfermeros (RPa: 1,40; IC95%: 1,05-1,85; valor $p=0,020$), entre los técnicos de enfermería (RPa: 2,97; IC95%: 1,19-7,43; valor $p=0,020$) y según el tener más colegas que habían fallecido por COVID-19 (RPa: 1,05; IC95%: 1,05-1,06; valor $p<0,001$), por el contrario, hubo menos estrés post traumático en los servicios de cirugía (RPa: 0,83; IC95%: 0,72-0,95; valor $p=0,007$) y en la unidad de cuidados intensivos (RPa: 0,40; IC95%: 0,27-0,59, valor $p<0,001$).Tabla 5.

Discusión

Dentro de los resultados generales se encontró que hubo importantes asociaciones de las cuatro patologías evaluadas según muchas características socio-laborales. Lo que muestra la importante repercusión mental que aún se tiene al estar casi finalizando la pandemia.

Dentro de los resultados obtenidos se observó que la depresión tuvo mayor frecuencia en las mujeres, esto se relaciona con un estudio realizado en Estados Unidos, donde las mujeres presentaban mayores probabilidades de desarrollar depresión durante la pandemia a comparación de los hombres⁽¹¹⁾. Esta diferencia entre ambos géneros se podría deber a que las mujeres enfrentan de una manera diferente los factores estresante a diferencia de los hombres, estando algunos de los factores asociados a su biología, el apoyo social, la crianza de los hijos en relación al trabajo y las mayores responsabilidades domésticas y con la familia^(12,13).

Además, se encontró más depresión y estrés en el área de Gineco - obstetricia, lo anterior se explica por la relación que existe entre los servicios que tienen mayor relación de flujo de pacientes lo cual se asocia a mayor alteración en la salud mental⁽¹⁴⁾; sabiendo que en estos lugares en donde se hizo la encuesta dicho servicio es muy concurrido. Otra

posible explicación podría ser por el hecho que en estos servicios se tuvo más miedo por el posible desenlace en la madre y/o su recién nacido; sin embargo, esta es solo una hipótesis que futuras investigaciones deberán tratar de resolver.

No obstante, dentro de la investigación se obtuvo que entre mayor edad hay menor depresión, lo que es ratificado por el estudio realizado en China, donde la población mayor (> 35 años) tenía menos probabilidad de desarrollar depresión a comparación de los participantes más jóvenes (<35 años)⁽¹⁵⁾. Esto se relacionaba a que la población más joven tenía mayor acceso a la tecnología como los aplicativos móviles, las redes sociales y a los medios de comunicación; lo que causó mucha desinformación y preocupación en otros reportes^(16,17).

Por otro lado, las siguientes áreas presentaron menor ansiedad y depresión: cirugía, medicina y pediatría. Estos resultados difieren con los estudios realizados en Colombia, Venezuela y Paraguay; donde se encontró mayor asociación de la alteración de la salud mental como la ansiedad y depresión en las áreas de hospitalización, sobre todo en medicina interna y áreas quirúrgicas, esto puede deberse a la mayor demanda de pacientes y el contacto directo con pacientes con sospecha de COVID -19 pues ello significaría una mayor carga laboral, además, de desarrollar trastornos mentales debido al entorno expuesto y a los escasos niveles de bioseguridad^(14,18,19). También podría ser por lo mencionado anteriormente, que en el caso de gineco-obstetricia se tenía más preocupación por el binomio madre-hijo y por el mayor trabajo de esta área en específica, pero esto se debe seguir investigando.

Hubo una mayor frecuencia de ansiedad según el ser personal de salud con estudios posgrado, similar al resultado obtenido por un estudio realizado a 1028 personal de salud en Ecuador, donde se encontró mayor relación de tener estudios de posgrado con la depresión y ansiedad, lo cual posiblemente sea consecuencia de la carga laboral y horaria de cada servicio y otros relacionados⁽²⁰⁾. Sin embargo, en España, se analizó a 1422 trabajadores y dentro de sus variables aquellos que poseían estudios de posgrado

TABLA 5. FACTORES ASOCIADOS AL PADECER DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO (EPT) EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE EL COVID-19, UCAYALI 2022.

Variable	Con EPT		Análisis crudo	Análisis ajustado
	No n (%)	Si n (%)	RPa (IC95%) Valor p	RPa (IC95%) Valor p
Sexo				
Masculino	112 (90,3)	12 (9,7)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Femenino	185 (89,4)	22 (10,6)	1,10 (1,00-1,22) 0,048	0,85 (0,54-1,33) 0,466
Edad*	32 (38-47)	42 (32-52)	1,02 (0,99-1,04) 0,082	No entró al modelo
Estado civil				
Soltero, divorciado o viudo	178 (90,4)	19 (9,6)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Casado o conviviente	119 (88,8)	15 (11,2)	1,15 (0,59-2,24) 0,672	No entró al modelo
Hábitos nocivos				
No	244 (90,0)	27 (10,0)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	53 (88,3)	7 (11,7)	1,17 (0,42-3,24) 0,768	No entró al modelo
Enfermedades previas				
No	250 (90,9)	25 (9,1)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	47 (83,9)	9 (16,1)	1,76 (1,50-2,06) <0,001	1,72 (1,27-2,32) <0,001
Lugar de trabajo				
Hospital Amazónico	225 (88,9)	28 (11,1)	Categoría de comparación	No entró al modelo
CS 9 de octubre	72 (92,3)	6 (7,7)	0,69 (0,25-1,92) 0,480	No entró al modelo
Ocupación				
Médico	84 (94,4)	5 (5,6)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Enfermera(o)	87 (91,6)	8 (8,4)	1,50 (1,23-1,82) <0,001	1,40 (1,05-1,85) 0,020
Obstetra	47 (85,5)	8 (14,5)	2,59 (0,61-11,02) 0,198	2,44 (0,53-11,23) 0,253
Técnico en enfermería	79 (85,9)	13 (14,1)	2,54 (1,10-5,89) 0,029	2,97 (1,19-7,43) 0,020
Estudios de posgrado				
No	182 (90,1)	20 (9,9)	Categoría de comparación	No entró al modelo
Si	115 (89,1)	14 (10,9)	1,10 (0,86-1,41) 0,427	No entró al modelo
Servicio				
Emergencia	76 (87,4)	11 (12,6)	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Cirugía	29 (90,6)	3 (9,4)	0,77 (0,61-0,96) 0,023	0,83 (0,72-0,95) 0,007
Gineco-obstetricia	63 (86,3)	10 (13,7)	1,08 (0,46-2,54) 0,854	1,14 (0,74-1,77) 0,549
Medicina	49 (92,5)	4 (7,6)	0,60 (0,28-1,28) 0,184	0,56 (0,27-1,19) 0,131
Pediatría	40 (90,9)	4 (9,1)	0,72 (0,33-1,59) 0,414	0,83 (0,39-1,78) 0,634
UCI	40 (95,2)	2 (4,8)	0,38 (0,25-0,56) <0,001	0,40 (0,27-0,59) <0,001
Durante la pandemia*				
Familiares enfermos	6 (3-10)	5 (1-9)	0,96 (0,90-1,02) 0,208	No entró al modelo
Familiares fallecidos	0 (0-1)	0 (0-1)	0,99 (0,84-1,16) 0,904	No entró al modelo
Colegas enfermos	12 (8-23)	10 (7-20)	0,99 (0,99-1,00) 0,073	No entró al modelo
Colegas fallecidos	2 (0-4)	2 (0-4)	1,04 (1,01-1,07) 0,009	1,05 (1,05-1,06) <0,001

*Variable tomada como cuantitativa (se muestran la mediana y rango intercuartílico). CS: Centro de salud. UCI: Unidad de cuidados intensivos. Las RP (razones de prevalencia), los IC95% (intervalos de confianza al 95%) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustado por el lugar donde residen).

tenían menos ansiedad o estrés post traumático⁽²¹⁾; recordando que esta es otra realidad muy distinta.

Por otra parte, se observó que tener familiares fallecidos también fue uno de los factores que predisponen a desarrollar ansiedad, de manera similar en un estudio realizado en Perú, donde se observó una relación directa de ansiedad moderada a severa en aquellos que habían tenido algún familiar fallecido⁽²²⁾, esto quizás es debido por haber sido testigos directos del sufrimiento de sus familiares y el ambiente de muerte.

Otro hallazgo significativo fue que los niveles de estrés y estrés post traumático fueron mayores en el personal técnico, estudios realizados en China y España muestran que los trabajadores de salud con título técnico o de nivel inferior muestran más síntomas de estrés post traumático y otros trastornos mentales más asociados, esto puede ser debido a que ellos poseen mayor responsabilidad laboral, una mayor exposición directa con el paciente y una menor capacidad de decisión^(21,23).

Sin embargo, también se pudo encontrar que el tener menor estrés estaba asociado con el estado civil de estar casado o ser conviviente, lo que se relaciona con el estudio realizado en México, con 537 trabajadores de salud, donde se encontró mayor relación de estrés con el estar soltero, a comparación de aquellos que eran casados o convivientes⁽²⁴⁾, tal vez esto se deba por el hecho de tener una pareja estable o el no vivir solo, lo que también se debe indagar en futuras investigaciones.

Con relación al estrés post traumático, se encontró mayor relación con aquellos trabajadores que tenían enfermedades previas, como son la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, cáncer). En una investigación con 404 trabajadores sanitarios de Arabia Saudita encontraron mayor relación de EPT con aquellos que tenían enfermedades crónicas, sobre todo con enfermedades como la obesidad y la diabetes⁽²⁵⁾, probablemente esto sea debido a que ellos sentían tener más factores de riesgo sobreañadidos para las complicaciones graves en la infección COVID-19.

El tener colegas fallecidos por COVID-19 y ser personal de enfermería tenía estrecha relación con el padecer de EPT, los cuales coinciden con un estudio

realizado en España, donde encontró asociación entre el padecer EPT en el personal de enfermería y el hecho de tener personas cercanas como colegas, familiares y amigos fallecidos por COVID-19⁽²⁶⁾. La ocupación y el desarrollar EPT puede deberse por la percepción de riesgo al estar en constante relación con pacientes que padecían de dicha enfermedad o hasta morían, por el hecho de contagiar a su familia, el ambiente laboral cargado y el tener colegas enfermos o fallecidos. Este hallazgo también puede ratificar el anterior ítem, ya que, algunos profesionales de la salud también pudieron tener patologías previas.

Por último, se obtuvo menor frecuencia de EPT en las áreas de UCI y quirúrgicas, esto difiere con lo mostrado en la investigación que se realizó en Rumanía, donde el personal que laboraba en las áreas UCI tenían más relación de EPT⁽²⁷⁾. Recordando que esto fue en momentos y realidades diferentes, lo que pudo variar en cuanto a su presentación, así mismo, la UCI que se tuvo fue pequeña y de un hospital de aún baja complejidad; todos estos factores pudieron influir para que se encuentren resultados disímiles.

Como limitaciones principales se tuvo los posibles sesgos de selección y de información, el primer sesgo se disminuyó con un adecuado cálculo del tamaño muestral, encuestado a más personas de las que se requerían (para incrementar la potencia estadística), entrevistando en persona a cada uno y con una metodología que permitía tener una muestra bastante adecuada de la población objetivo. Para disminuir el segundo sesgo se usó encuestas validadas previamente, muy usadas a nivel mundial, se estuvo presente ante cada encuestado para absolver sus dudas, se garantizó de que los datos sean tratados con la discreción máxima y con el piloto previo se vio que las fichas se comprendían adecuadamente. Como se puede observar, se tuvieron algunas limitaciones, pero al mismo tiempo se realizaron acciones para que estas no interfieran en gran forma en los resultados.

Se concluye que las variables que tuvieron asociación positiva con los trastornos mentales, como la depresión, ansiedad, estrés y EPT fueron el ser del sexo femenino, trabajar con el área de gineco-obstetricia, tener estudios de posgrado,

familiares fallecidos por COVID-19, ser técnico de enfermería, tener enfermedades crónicas previas, ser enfermera y tener colegas fallecidos por COVID-19. Sin embargo, hubo menos frecuencia de presentar menos síntomas de estos trastornos al tener tener más edad, ser casado o conviviente, pertenecer al área de cirugía, medicina, pediatría y UCI.

Declaración de la junta de Revisión Institucional

La presente investigación cumplió con los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, de acuerdo a la declaración de Helsinki.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos presentados en el estudio están a petición del autor correspondiente.

Agradecimientos

A todos los trabajadores de salud que participaron en la presente investigación y a los establecimientos de salud (MINSAs) por brindar las facilidades para la aplicación de la encuesta.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>
2. Azofeifa SH, Mena RV, Carpio LC. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev Medica Sinerg*. 2021;6(8):e706-e706.
3. García Valencia J. Investigación en salud mental durante la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(4):221-2.
4. Mrklas K, Shalaby R, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Health*. 2020;7(9):e22408.
5. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(1):51-6.
6. Lozano-Vargas A, Lozano-Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 2021;84(1):1-2.
7. 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 Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
8. Blanco MG, Imaz JA, de la Fuente Robles YM, Laso MG, Calvete BG. La ansiedad en el personal sanitario. *Enferm En Cardiol Rev Científica E Inf Asoc Esp Enferm En Cardiol*. 2007;(42):41-5.
9. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Espinoza-Acurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez-Marón M, Cabrera R. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 15 de diciembre de 2021 [citado 20 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001797>
11. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686.
12. Street AE, Dardis CM. Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2018;66:97-105.
13. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(6):741-8.

14. Avila IYC, Llanos NT, Gomez AA, Tapias KC, Castro SL. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2014;30(1):34-43.
15. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954.
16. Guo J, Liao L, Wang B, Li X, Guo L, Tong Z, et al. Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *SSRN Electron J [Internet]*. 2020 [citado 20 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.ssrn.com/abstract=3550050>
17. Namcela SDRP, Chiriboga JSL, López IMF, Serrano ACB, Sigüenza AGA. Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *Cienc Al Serv Salud*. 2022;13(1):13-25.
18. Chipia Lobo J, Paredes Y. *Revista GICOS*. Volumen 5, Número Especial 2 del 2020. 2020;5:1-172.
19. Chávez L, Marcet G, Ramírez E, Acosta L, Samudio M, Chávez L, et al. Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Rev Salud Publica Parag*. 2021;11(1):74-9.
20. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Salto Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(3):166-75.
21. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5514.
22. Ambrosio F, Torres G, Rivera L, Rodríguez-Alarcon J, Mejía C. Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2021;61:97-105.
23. Wang Y, Ma S, Yang C, Cai Z, Hu S, Zhang B, et al. Acute psychological effects of Coronavirus Disease 2019 outbreak among healthcare workers in China: a cross-sectional study. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1):1-10.
24. Lucas Hernández A, González-Rodríguez V, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, et al. Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60:556-62.
25. Alshehri AS, Alghamdi AH. Post-traumatic Stress Disorder Among Healthcare Workers Diagnosed With COVID-19 in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, 2020 to 2021. *Cureus*. 13(8):e17371.
26. Blanco-Daza M, de la Vieja-Soriano M, Macip-Belmonte S, Tercero-Cano M del C. Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enferm Clínica*. 2022;32(2):92-102.
27. Lazar AE, Szederjesi J, Coman O, Elekes A, Suciaghi M, Grigorescu BL. Survey on Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Personnel during the COVID-19 Pandemic in a Medically Under-Resourced Country. *Healthcare*. 2022;10(7):1160.