

## Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú

### Work Tension and Mental Health among the Healthcare Personnel in the Context of the Coronavirus Pandemic in Peru

Bladimir Domingo Becerra Canales<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2234-2189>

Domizbeth Becerra Huamán<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6071-078x>

Fany Luz Quintanilla Villar<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3642-5954>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Ica. Ica, Perú.

<sup>2</sup>Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Ica, Perú.

\*Autor para correspondencia: [icapredica@gmail.com](mailto:icapredica@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** La pandemia por Coronavirus puede generar estados de tensión laboral y alterar la salud mental del personal sanitario. Situación que afecta la calidad de la atención, así como el bienestar del personal de salud, creando trastornos que pueden influir en su vida.

**Objetivo:** Determinar la relación entre la tensión laboral y la salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia por Coronavirus.

**Métodos:** Estudio de tipo transversal y analítico, realizado en hospitales y centros de atención primaria de una región sanitaria del Perú, durante marzo y mayo del 2020. Participaron 352 trabajadores asistenciales. Se recolectaron datos socio-laborales y se empleó el Cuestionario de Tensión T3/15; así como el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Se describieron las variables del estudio y se aplicó Chi-cuadrado para evaluar diferencias; además, Rho de Spearman para el objetivo estadístico correlacionar.

**Resultados:** De los participantes, 73,6 % presentó tensión en el trabajo; enfermeras (83,8 %), médicos (70,2 %) y obstetras (76,1 %). Asimismo, 51,7 % presentó mala salud mental; 45,5 %, disforia general y 59,4 %, disfunción social. Se encontró correlación directa entre el estado de tensión laboral con la mala salud mental, disforia general y disfunción social.

**Conclusiones:** En tiempos de pandemia, la prevalencia de tensión laboral y problemas de salud mental es alta en el personal sanitario, se comprobó correlación entre el estado de tensión y la mala salud mental. Es necesario promover acciones conjuntas que contribuyan al bienestar de los trabajadores de salud.

**Palabras clave:** trastornos mentales; salud mental; personal de salud; pandemia; infección por coronavirus; COVID-19.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The coronavirus pandemic can generate states of work tension and alter the mental health of the healthcare personnel, a situation that affects the quality of care, as well as the well-being of the health personnel, creating disorders that can influence their lives.

**Objective:** To determine the relationship between work tension and the mental health of the health personnel in the context of the coronavirus pandemic.

**Methods:** Cross-sectional and analytical study carried out in hospitals and primary care centers of a health region of Peru, during March and May 2020. 352 healthcare workers participated. Socio-labor data were collected and the T3/15 Tension Questionnaire was used, together with the Goldberg's General Health Questionnaire. The study variables were described and chi-square was applied to evaluate differences, apart from using Spearman's Rho for the statistical objective *correlate*.

**Results:** Of the participants, 73.6% presented tension at work: nurses (83.8%), doctors (70.2%), and obstetricians (76.1%). Likewise, 51.7% presented poor mental health: 45.5% with general dysphoria and 59.4% with social dysfunction. A direct correlation was found between the state of work tension with poor mental health, general dysphoria and social dysfunction.

**Conclusions:** In times of pandemic, the prevalence of work tension and mental health problems is high among the health personnel. A correlation was found between the state of stress and poor mental health. It is necessary to promote joint actions that contribute to the well-being of health workers.

**Keywords:** mental disorders; mental health; healthcare personnel; pandemic; coronavirus infection; COVID-19.

Recibido: 14/05/2020

Aceptado: 02/08/2020

## Introducción

Actualmente, la pandemia por coronavirus (COVID-19) originado en Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular China, se ha diseminado a escala mundial. El 30 de enero del 2020, fue calificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia sanitaria de alcance global, basada en el incremento acelerado de casos en China y demás países.<sup>(1)</sup> El 11 de marzo la OMS, lo califica como una pandemia al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea y se declara la Emergencia Sanitaria a nivel nacional.<sup>(2)</sup> El 15 de marzo del mismo año, el gobierno peruano decreta estado de emergencia en todo el país.<sup>(3)</sup>

La alta transmisibilidad del SARS-CoV-2 y el número cada vez mayor de casos positivos y defunciones en el mundo puede generar tensión en el ambiente de trabajo, especialmente en los establecimientos de salud, y afectar la salud mental del personal sanitario. El concepto de tensión incluye las creencias, experiencias, sensaciones y sentimientos de preocupación, nerviosismo e intranquilidad en el trabajo.<sup>(4)</sup> Se ha documentado que el lugar de trabajo es donde las personas pasan mayor tiempo en ella e impacta la salud mental de los trabajadores especialmente del personal de salud.<sup>(5)</sup> En ese orden de ideas, la salud mental es considerada por la OMS como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés de la vida cotidiana, trabajar de forma productiva y hacer contribuciones a sus comunidades.<sup>(6)</sup>

Es ampliamente conocido y difundido la alta prevalencia de las afecciones mentales en las sociedades del mundo.<sup>(7)</sup> De ahí que en las últimas décadas muchos países han centrado sus propuestas de trabajo en la generación de políticas y prácticas de la investigación en salud mental.<sup>(8)</sup> En el Perú, en los últimos años se ha incrementado la prevalencia de las enfermedades mentales.<sup>(9)</sup> Esta situación puede verse agravada por la pandemia de COVID-19, en consecuencia la salud mental requiere de más investigaciones que permitan conocer la realidad.

En eventos pasados de epidemias y pandemias se reporta que el personal sanitario experimenta sensaciones de miedo y sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad.<sup>(10,11,12,13)</sup> Se ha documentado que el personal de salud de Wuhan, inicialmente presentó estados depresivos y ansiosos, los cuales afectan la atención en salud y la toma de decisiones, igualmente repercute en su bienestar.<sup>(14)</sup> Esto es debido a la alta contagiosidad del virus, la inadecuada protección para evitar el contagio, aislamiento social, falta de contacto con la familia, aumento de la demanda laboral, frustración, cansancio por largas jornadas de trabajo y atención de pacientes con sentimientos y emociones negativas.<sup>(14)</sup> Si bien algunos estudios realizados en dicho país reportan en el personal de salud la presencia de ansiedad, depresión, estrés y problemas de salud mental, especialmente en las mujeres, el personal de enfermería y otros trabajadores que laboran directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.<sup>(15,16,17,18)</sup> Es necesario generar evidencias de la realidad peruana.

Conviene subrayar que, a pesar de la relevancia de los problemas relacionados con la salud mental durante las pandemias, existe escasa información en el contexto de la COVID-19.<sup>(19)</sup> De ahí surge la necesidad de conocer el comportamiento de estas variables. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la tensión laboral y la salud mental del personal sanitario, en el contexto de la pandemia por Coronavirus en el Perú.

## Métodos

Estudio de tipo observacional, de corte transversal y analítico. La población estuvo compuesta por 4197 trabajadores asistenciales que laboraban en 5 hospitales, uno de los cuales tiene Unidad de Cuidados Intensivos y 142 Centros de Atención Primaria de la Dirección Regional de Salud de Ica-Perú. El estudio se llevó a cabo durante los meses marzo a mayo del año 2020.

El tamaño de la muestra fue de 352 trabajadores asistenciales, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por disposición. Se incluyeron trabajadores de salud de ambos sexos y que aceptaron participar del estudio. Se excluyeron los que no aceptaron participar y dejaron en blanco al menos una pregunta del cuestionario.

Se analizaron variables socio-laborales como: edad, sexo, profesión (médico, enfermera, obstetra, laboratorista, técnico de enfermería, entre otros), tipo de establecimiento donde labora (Hospital, Centro de Atención Primaria), área donde trabaja (traje diferenciado, consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, otros), condición laboral (nombrado, contratado), se incluyó la pregunta ¿Cuenta usted con el Equipo de Protección Personal específico para evitar el contagio por Coronavirus?

La variable salud mental fue medida con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), propuesto por Goldberg para la valoración del estado mental de los profesionales de la salud.<sup>(20)</sup> Es un instrumento autoadministrado, diseñado para el tamizaje de trastornos psíquicos o distrés psicológico en un ámbito comunitario o en medios clínicos no psiquiátricos. Ha sido ampliamente utilizado, traducido a varios idiomas, adaptado y validado en entornos peruanos.<sup>(21)</sup> La escala tipo Likert consta de 12 ítems que miden dos áreas: salud general “disforia general”, que consta de 6 ítems relacionados con ansiedad y depresión (ítems 2, 5, 6, 9, 10 y 11) y funcionamiento social “disfunción social”, que consiste en 6 ítems relacionados con actividades diarias y habilidades de enfrentamiento a situaciones difíciles (ítems 1, 3, 4, 7, 8 y 12). Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta (nunca, a veces, casi siempre y siempre) y se le da una puntuación de cero a tres (0-1-2-3), en consecuencia, se obtienen puntuaciones totales que pueden oscilar entre 0 y 36. Un mayor puntaje indica mayor grado de angustia. Es decir a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental. Para Latinoamérica el punto de corte para trastornos mentales comunes puede ser 11 o 12, dependiendo el contexto.<sup>(22)</sup> En tal sentido, se consideró como mala salud mental puntuaciones  $\geq 11$ , con el fin de lograr comparabilidad internacional.

La variable Tensión en el Trabajo, fue valorada con el Cuestionario de Tensión T3/15; el cual está dirigido a medir la experiencia subjetiva de tensión asociada al desempeño del trabajo, en base a 15 preguntas de opción de respuesta dicotómica (sí/no) y de estructura factorial unidimensional.<sup>(4)</sup> El instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos, seleccionando a cinco profesionales de la salud, quienes evaluaron los ítems en términos de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad; los mismos que no propusieron la modificación del instrumento. Se establecieron puntos de corte mediante la técnica de Estanino, considerando presencia de tensión en el trabajo, a las puntuaciones  $\geq 4$  puntos. Debido al estado de emergencia que vive el país, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta online usando un cuestionario Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>). Previamente se coordinó con la Sub Dirección General de la entidad participante y se solicitó el apoyo de la Dirección de Salud de las Personas y coordinadores de gestión de la calidad en salud del ámbito regional. Utilizando todos los medios de comunicación virtual (correos institucionales, Messenger, WhatsApp, entre otros), se informó a los trabajadores asistenciales sobre el propósito del estudio, el consentimiento informado para participar en el mismo y la URL donde el cuestionario estaba localizado. Además, se le notificó a dicho personal que debían completar las preguntas del cuestionario y someter sus respuestas electrónicamente. Después de una semana de haber puesto disponible el instrumento, se les envió un recordatorio y durante el transcurso de los 30 días del mes de abril, en que el instrumento estuvo disponible, fueron enviados cuatro recordatorios para dar seguimiento al personal de salud y motivarlos a contestar el cuestionario. Logrando finalmente completar el número de participantes requeridos.

Se preparó un libro de códigos en base al instrumento y a la información obtenida, la cual fue incorporada en una base de datos, el proceso de crítica contempló la revisión de la información y la corrección de errores de digitación, la base de datos fue luego verificada y los errores depurados. El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de frecuencia, porcentajes y promedios. Para evaluar diferencias entre las variables aleatorias, tensión laboral y mala salud mental con

las variables socio-laborales se utilizó el estadístico de prueba Chi cuadrado y Correlación de Spearman para analizar la correlación entre las dos variables aleatorias, siendo la salud mental de manera primigenia una variable ordinal. Para el procesamiento de datos, se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows versión 25,0. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

Los investigadores obtuvieron el permiso de la entidad participante. Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki, que establece los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. Se informó a los participantes sobre el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su colaboración y que su participación podía ser interrumpirlo en el momento que lo deseara. El cuestionario fue absolutamente confidencial y anónimo, con el consentimiento informado resumido en la parte superior.

## Resultados

Se encuestaron a 352 trabajadores asistenciales, la mayoría de los cuales fueron de sexo femenino (77,0 %); profesión enfermera (33,2 %); condición laboral nombrado (63,9 %); de Centro de Atención Primaria (54,8 %), del área de triaje diferenciado (31,5 %); el promedio de edad fue de 36 años y el 51,7 % consideraba que no contaba con el Equipo de Protección Personal (EPP) específico para evitar el contagio por Coronavirus (Tabla 1).

**Tabla 1-** Características socio-laborales de la población estudiada. (n=352)

Variable	F	%
Sexo		
Femenino	271	77,0
Masculino	81	23,0
Profesión		
Médico	57	16,2
Enfermera	117	33,2
Obstetra	46	13,1
Laboratorista	20	5,7
Técnico de enfermería	80	22,7
Otros	32	9,1
Condición laboral		
Nombrado	225	63,9
Contratado	127	36,1
Tipo de establecimiento		
Hospital	159	45,2
Centro de Atención Primaria	193	54,8
Área donde labora		
Triaje diferenciado	111	31,5
Consulta externa	65	18,5
Hospitalización	40	11,4
Emergencia	58	16,5
Unidad de Cuidados Intensivos	19	5,4

Otros	59	16,8
Cuenta usted, con el Equipo de Protección Personal específico para evitar el contagio por Coronavirus.		
Sí	170	48,3
No	182	51,7
Edad, Media (DE) 36,7 (15,1)		

n=muestra; F= Frecuencia absoluta; %= Frecuencia relativa; DE= Desviación estándar.

Según el Cuestionario de Tensión T3/15, el trabajo le producía tensión y preocupación al 83,2 % del personal sanitario; 71,6 % se encontraban ansiosos, tensos y preocupados a causa del trabajo; 50,3 % le agobiaba pensar en la jornada de trabajo; 45,2 % deseaban que llegara la hora de marcharse del trabajo; 57,7 % no se encontraban relajados ni tranquilos mientras trabajan, entre otros hallazgos importantes (Tabla 2).

**Tabla 2-** Tensión en el trabajo del personal sanitario, en pandemia de Coronavirus en el Perú (n = 352)

Nº	Ítems	Sí		No	
		F	%	F	%
1	Mi trabajo me produce tensión y preocupación	293	83,2	59	16,8
2	Estoy ansioso, tenso y preocupado a causa de mi trabajo	252	71,6	100	28,4
3	Me agobia pensar en la jornada de trabajo	177	50,3	175	49,7
4	Me siento tan ansioso que durante la jornada estoy deseando que llegue la hora de marcharme	159	45,2	123	54,8
5	Cuando acabo de trabajar me siguen preocupando los problemas de trabajo.	186	52,8	166	47,2
6	Me siento nervioso en mi trabajo	137	38,9	215	61,1
7	No estoy relajado y tranquilo mientras trabajo	203	57,7	149	42,3
8	Me irrito con facilidad a causa de mi trabajo	85	24,1	267	75,9
9	Hay veces que tengo dificultades para dormir a causa de mi trabajo	164	46,6	188	53,4
10	Por culpa de mi trabajo tengo problemas de salud.	79	22,4	273	77,6
11	A causa de no poder desempeñar eficazmente mi trabajo me pongo nervioso	100	28,4	252	71,6
12	Cuando no puedo terminar mi trabajo me pongo nervioso	131	37,2	221	62,8
13	El ritmo a que tengo que trabajar me fatiga y disgusta	83	23,6	269	76,4
14	Me siento intranquilo e irritable a causa de mis jefes	130	36,9	222	63,1
15	El nerviosismo que me produce mi trabajo afecta mis relaciones familiares.	102	29,0	250	71,0

N = muestra; F = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

La prevalencia de tensión en el trabajo fue de 73,6 % (IC 95 %: 68,9-78,2), esta fue mayor en el sexo femenino (75,3 %; IC 95 %: 70,1-80,4). El personal en condición de nombrado (75,1 %; IC 95 %: 69,4-80,8), en Centros de Atención Primaria (75,1 %; IC 95 %: 68,9-81,2), en el área de hospitalización (80,0 %; IC 95 %: 67,0-92,9), en el personal que no cuenta el EPP específico para evitar el contagio por Coronavirus (76,4 %; IC 95 %: 70,1-82,6) y en mayores de 50 años (77,2 %; IC 95 %: 67,7-86,6); aunque las diferencias no fueron significativas en los grupos analizados. Sin embargo, según la profesión u ocupación fue mayor en las

enfermeras (83,8 %; IC 95 %: 76,9-90,5), con diferencia estadística en las categorías analizadas ( $p = 0,039$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3-** Prevalencia de tensión en el trabajo del personal sanitario, en pandemia de Coronavirus en el Perú. (n=352)

Variable	Participantes		Tensión en el trabajo		
	F	%	F	% (IC 95 %)	Valor p*
<b>Sexo</b>					
Femenino	271	77,0	204	75,3 (70,1-80,4)	0,187
Masculino	81	23,0	55	67,9 (57,5-78,2)	
<b>Profesión u ocupación</b>					
Médico	57	16,2	40	70,2 (57,9-82,4)	0,039
Enfermera	117	33,2	98	83,8 (76,9-90,5)	
Obstetra	46	13,1	35	76,1 (63,2-88,8)	
Laboratorista	20	5,7	13	65,0 (42,1-87,9)	
Técnico de enfermería	80	22,7	53	66,3 (55,6-76,8)	
Otros	32	9,1	20	62,5 (47,7-80,2)	
<b>Condición laboral</b>					
Nombrado	225	63,9	169	75,1 (69,4-80,8)	0,386
Contratado	127	36,1	90	70,9 (62,8-78,8)	
<b>Tipo de establecimiento</b>					
Hospital	159	45,2	114	71,7 (64,6-78,7)	0,467
Centro de Atención Primaria	193	54,8	145	75,1 (68,9-81,2)	
<b>Área donde labora</b>					
Triaje diferenciado	111	31,5	85	76,6 (68,5-84,5)	0,660
Consulta externa	65	18,5	43	66,2 (54,3-77,9)	
Hospitalización	40	11,4	32	80,0 (67,0-92,9)	
Emergencia	58	16,5	42	72,4 (60,5-84,2)	
Unidad de Cuidados Intensivos	19	5,4	14	73,7 (51,8-95,4)	
Otros	59	16,8	43	72,9 (61,2-84,5)	
<b>Cuenta usted, con el Equipo de Protección Personal específico para evitar el contagio por Coronavirus.</b>					
Sí	170	48,3	120	70,6 (63,6-77,5)	0,219
No	182	51,7	139	76,4 (70,1-82,6)	
<b>Edad</b>					
< 30	50	14,2	37	74,0 (61,4-86,5)	0,844
30 a 40	100	28,4	73	73,0 (64,1-81,8)	
40 a 50	123	34,9	88	71,5 (63,4-79,6)	
> 50	79	22,4	61	77,2 (67,7-86,6)	
Total cuestionario	352	100,0	259	73,6 (68,9-78,2)	

n=muestra; F= Frecuencia absoluta; %= Frecuencia relativa; IC=Intervalos de confianza al 95 %. \*Pruebas Chi cuadrado de distribución de frecuencia y de diferencia de proporciones.

El estado de salud mental, valorado con el GHQ-12, revela que la prevalencia autopercibida de mala salud mental fue del 51,7 (46,4-56,9). Además, fue mayor en el personal en condición de nombrados (53,3 %; IC 95 %: 46,7-59,9) que laboran en Centros de Atención Primaria (53,4 %; IC 95 %: 46,2-60,4), en consulta externa (60,0 %; IC 95 %: 47,7-72,2) y hospitalización (60,0 %; IC 95 %: 44,1-75,8), respectivamente y en menores de 30 años de edad (58,0 %; IC 95 %: 43,8-72,1), aunque no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ). Igualmente, fue mayor en el sexo femenino (55,4 %; IC 95 %: 49,3-61,3), enfermera (60,7 %; IC 95 %: 51,7-69,6) y obstetra (67,4 %; IC 95 %: 53,3-81,4). Se encontró diferencia estadística en estos grupos analizados ( $p < 0,05$ ). El análisis de las áreas de la salud mental, según el instrumento, permitió demostrar la presencia de mala salud general (disforia general), en 45,5 % del personal sanitario. Fue mayor en los trabajadores de Centros de Atención Primaria (47,7 %; IC 95 %: 40,5-54,7), consulta externa (50,8 %; IC 95 %: 38,2-63,2), los que consideran que sí tenían (46,5 %; IC 95 %: 38,9-54,0) y no tenían (44,5 %; IC 95 %: 37,2-51,7) el EPP específico y los < 30 años (48,0 %; IC 95 %: 33,6-62,3), aunque las diferencias no fueron significativas ( $p > 0,05$ ) en los grupos analizados. No obstante, en el personal de sexo femenino (49,4 %; IC 95 %: 46,4-55,4), enfermera (53,8 %; IC 95 %: 44,6-63,0) y obstetra (56,5 %; IC 95 %: 41,6-71,4), que mostraron mayor frecuencia de disforia general, encontramos diferencia estadística ( $p < 0,05$ ). Por otro lado, el mal funcionamiento social (Disfunción social) estuvo presente en el 59,4 % del personal sanitario, en mayor frecuencia en el sexo femenino (62,4 %; IC 95 %: 56,5-68,1), en los trabajadores que considera tienen el EPP específico (62,1 %; IC 95 %: 54,9-69,2) y los < 30 años (62,0 %; IC 95 %: 48,0-75,9), aunque las diferencias no fueron significativas. Igualmente fue mayor en obstetras (78,3 %; IC 95 %: 65,8-90,6) y en el área de Hospitalización (87,5 %; IC 95 %: 76,7-98,2), con diferencia estadística en estos grupos ( $p < 0,05$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4-** Prevalencia de la mala salud mental del personal sanitario, en pandemia de Coronavirus en el Perú. (n=352)

Variables	Particip antes		Mala salud mental			Dimensiones						
						Disforia general			Disfunción social			
	F	%	F	% (IC 95 %)	Valor p*	F	% (IC 95 %)	Valor p*	F	% (IC 95 %)	Valor p*	
Sexo												
Femenino	271	77	150	55,4 (49,3-61,3)	0,012	134	49,4 (46,4-55,4)	0,006	169	62,4 (56,5-68,1)	0,370	
Masculino	81	23	32	39,5 (28,6-50,3)		26	31,2 (21,7-42,7)		40	49,4 (38,2-60,5)		
Profesión												
Médico	57	16,2	30	52,6 (39,2-66,0)	0,002	28	49,1 (35,7-62,5)	0,008	30	52,6 (39,2-66,0)	0,001	
Enfermera	117	33,2	71	60,7 (51,7-69,6)		63	53,8 (44,6-63,0)		79	67,5 (58,9-76,1)		



Obstetra	46	13,1	31	67,4 (53,3-81,4)		26	56,5 (41,6-71,4)		36	78,3 (65,8-90,6)	
Laboratorista	20	5,7	8	40,0 (16,4-63,5)		7	35,0 (12,1-57,9)		6	30,0 (18,1-52,0)	
Téc. enfermería	80	22,7	31	38,8 (27,8-49,6)		28	35,0 (24,3-45,6)		43	53,8 (42,5-64,9)	
Otros	32	9,1	11	34,4 (16,9-51,7)		8	25,0 (12,2-40,8)		15	46,9 (28,6-65,1)	
Condición laboral											
Nombrado	225	63,9	120	53,3 (46,7-59,9)	0,416	113	50,2 (43,6-56,8)	0,017	133	59,1 (52,6-65,5)	0,893
Contratado	127	36,1	62	48,8 (40,0-57,6)		47	37,0 (28,5-45,5)		76	59,8 (51,2-68,4)	
Tipo de establecimiento											
Hospital	159	45,2	79	49,7 (41,8-57,5)	0,491	68	42,8 (34,9-50,5)	0,358	97	61,0 (53,3-68,6)	0,572
CAP	193	54,8	103	53,4(46,2-60,4)		92	47,7 (40,5-54,7)		112	58,0 (51,0-65,0)	
Área donde labora											
Triaje diferencia do	111	31,5	57	51,4 (41,9-60,8)	0,383	53	47,7 (38,3-57,1)	0,460	56	50,5 (41,0-59,9)	0,000
Consulta externa	65	18,5	39	60,0 (47,7-72,2)		33	50,8 (38,2-63,2)		46	70,8 (59,4-82,1)	
Hospitalización	40	11,4	24	60,0 (44,1-75,8)		17	42,5 (26,4-58,5)		35	87,5 (76,7-98,2)	
Emergencia	58	16,5	31	53,4 (35,0-61,5)		28	48,3 (35,0-61,5)		33	56,9 (43,7-70,0)	
UCI	19	5,4	11	57,8 (42,6-68,5)		9	47,4 (31,0-78,6)		10	52,6 (44,5-68,0)	
Otros	59	16,8	26	44,1 (31,0-57,1)		24	40,7 (27,7-53,5)		30	50,8 (37,7-63,9)	
Cuenta usted, con el Equipo de Protección Personal específico para evitar el contagio por Coronavirus											
Sí	170	48,3	90	52,9 (45,3-60,5)	0,654	79	46,5 (38,9-54,0)	0,711	96	56,5 (48,9-64,0)	0,284
No	182	51,7	92	50,5 (43,2-57,8)		81	44,5 (37,2-51,7)		113	62,1 (54,9-69,2)	
Edad											
< 30	50	14,2	29	58,0 (43,8-72,1)	0,818	24	48,0 (33,6-62,3)	0,975	31	62,0 (48,0-75,9)	0,946

30 a 40	100	28,4	51	51,0 (41,0-60,9)		44	44,1 (34,1-53,9)		59	59,0 (49,1-68,8)
40 a 50	123	34,9	62	50,4 (41,4-59,3)		56	45,5 (36,0-54,4)		74	60,2(51,3-68,9)
➤ 50	7 9	22,4	40	50,6 (39,3-61,9)		36	45,6 (34,3-56,8)		45	57,0 (45,8-68,1)
Total escala	352	100,0	182	51,7 (46,4-56,9)		160	45,5 (40,2-50,6)		209	59,4 (54,2-64,5)

n=muestra; F= Frecuencia absoluta; %= Frecuencia relativa; IC=Intervalos de confianza al 95 %. \*Pruebas Chi cuadrado de distribución de frecuencia y de diferencia de proporciones.

Por último, el análisis bivariado, mostró correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la variable tensión en el trabajo y mala salud mental ( $p = 0,000$ ;  $rS = 0,362$ ); asimismo, con las dimensiones mala salud general o disforia general ( $p = 0,000$ ;  $rS = 0,314$ ) y mal funcionamiento social o disfunción social ( $p = 0,000$ ;  $rS = 0,213$ )

## Discusión

El presente trabajo de investigación, analiza la situación de tensión en el trabajo y la salud mental, en una muestra de trabajadores de salud, en el contexto de la pandemia por COVID-19, en el Perú.

Los hallazgos confirman que casi la tercera parte de los trabajadores asistenciales (73,6 %), experimentan estados de tensión laboral, si bien esta situación es más frecuente en el sexo femenino, condición nombrados, en Centros de Atención Primaria, en el área de hospitalización, en el personal que considera no tienen el EPP específico para evitar el contagio por Coronavirus y en mayores de 50 años; no hubo diferencias significativas en estos grupos, sin embargo, podrían condicionar estados de tensión laboral. No obstante, según la profesión u ocupación fue mayor en las enfermeras con diferencias significativas en este grupo, esto significaría que la condición ser enfermera incrementaría el riesgo para desarrollar tensión en el trabajo asistencial. La presencia de incertidumbre, miedo a lo desconocido, estigmatización,<sup>(23)</sup> temor al contagio debido a la alta virulencia de este patógeno y las debilidades del sistema sanitario, aumentarían los estados de tensión en el trabajo, que se hizo ligeramente más evidente en el personal que labora en Centros de Atención Primaria por las consideraciones expuestas. En efecto, en epidemias y pandemias pasadas, se conoce que el personal de salud experimenta situaciones de miedo a la muerte y presenta sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad.<sup>(10,11,12,13)</sup>

Si bien el lugar de trabajo es un escenario donde una persona pasa la mayor parte de su vida, puede convertirse en un factor que impacta la salud mental.<sup>(24)</sup> Esto resulta evidente; más aún en el trabajo asistencial como primera línea de acción frente a la COVID-19. En ese contexto, uno de cada dos trabajadores de salud presenta mala salud mental en tiempos de pandemia. Según las variables socio-laborales, se observó mayor prevalencia en el personal en condición de nombrados, en Centros de Atención Primaria, en consulta externa y hospitalización y en menores de 30 años de edad, si bien las diferencias no fueron significativas podrían condicionar mala salud mental. Igualmente, fue mayor en

el sexo femenino y la obstetra, con diferencia estadísticamente significativa en estos grupos; lo que permite inferir que estas categorías incrementarían el riesgo de desarrollar mala salud mental. Por otro lado, el personal de obstetricia que normalmente labora en consulta externa fue destacada al área de triaje diferenciado, esto podría explicar el mal estado de salud mental que reportan. Si bien la alta prevalencia de trastornos mentales se relaciona con diversos factores desencadenantes y factores de riesgo a los que están expuestos particularmente los trabajadores.<sup>(25)</sup> El contexto de la pandemia, podría agudizar esta problemática. Según la OMS, una de cada cinco personas en el ámbito laboral puede experimentar un trastorno de salud mental.<sup>(26)</sup> Esta afirmación no contrasta con la realidad actual, puesto que en el presente trabajo de investigación encontramos problemas de salud mental en uno de cada dos trabajadores de salud. Por otra parte, el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a la evolución de enfermedades mentales como trastornos de estrés, ansiedad y depresión.<sup>(27)</sup> En efecto, según la dimensión salud general o disforia general relacionados con ansiedad y depresión, estuvieron presentes en el 45,5 % de los trabajadores de salud. Estos resultados concuerdan con los hallados en un estudio chino realizado en la fase inicial de la pandemia, donde en 1210 personas se encontró que el 30,3 % presentó síntomas depresivos.<sup>(28)</sup> En la misma línea, el Ministerio de Salud del Perú<sup>(29)</sup> señala que la depresión es el trastorno con mayor prevalencia en jóvenes mayores de 18 años y que las mujeres padecen esta enfermedad en un mayor porcentaje que los varones. Coincidimos con tal afirmación por cuanto el personal de salud de sexo femenino presentó con mayor frecuencia estados de ansiedad y depresión respecto a los varones.

Otro hallazgo importante fue la alta prevalencia de disfunción social en los trabajadores de la salud (59,4 %) y es que en el contexto de la pandemia, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud, presentan conductas desadaptativas, como el retraimiento social.<sup>(30)</sup> Razón por la cual este acontecimiento puede tener un impacto psicológico importante en los trabajadores de salud. Por lo tanto, resulta relevante investigar el impacto psicológico que está produciendo la pandemia en poblaciones concretas, para poder desarrollar estrategias orientadas a reducir el impacto psicológico que se den durante y después de la crisis.<sup>(28)</sup>

Es conocido que los estados de ánimo negativos influyen en la salud mental,<sup>(33)</sup> en efecto, el análisis estadístico bivariado comprobó que la tensión laboral se correlaciona de manera directa con la mala salud mental; esto significa que a mayor tensión en el trabajo se incrementa también la mala salud mental o de forma análoga, el descenso en una provoca el aumento de la otra.

En cuanto a las limitaciones del trabajo es necesario declarar que la encuesta fue online, lo que puede generar sesgos de respuesta; sin embargo, hemos utilizado instrumentos autoadministrados de fácil comprensión. Por otro lado, el muestreo fue por disposición y no aleatoria, lo cual incrementa el sesgo de selección. No obstante, el presente estudio describe y evalúa la tensión en el trabajo y la salud mental en un contexto espacial que ofrece un nivel de representatividad nacional y emplea dos instrumentos estandarizados para el proceso de recolección de datos. Por último, el nivel de investigación es descriptivo-relacional, no se pudo establecer una relación de causalidad entre las variables evaluadas; a pesar de ello, caracterizar, comparar y relacionar las variables de estudio es importante, porque nos permite identificar y atender necesidades específicas de salud mental, en los grupos analizados.

Se concluye que durante la fase de desarrollo de la pandemia de COVID-19 es común la presencia de tensión en el trabajo asistencial. Además, la coexistencia de alta prevalencia de mala salud mental, disforia general y disfunción social. El presente estudio permitió estimar el impacto negativo de esta pandemia en la salud mental del personal sanitario asistencial, hoy más que nunca se requiere un manejo adecuado e integral de las afecciones en salud mental.

## Referencias bibliográficas

1. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. 2020;25(3):278-80. DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>
2. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. N° 008-2020-SA. Diario El Peruano. 11 marzo 2020 [acceso: 02/05/2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/565409/decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2.pdf>
3. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. N° 044-2020-PCM. Diario El Peruano. 15 marzo 2020 [acceso: 02/05/2020]; Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM\\_1864948-2.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf)
4. Meliá JL, Peiró JM, Zornoza A, Sart, MJ, Morte MP. Una escala para la evaluación de la tensión de rol: Estructura factorial, fiabilidad y validez. El Cuestionario de Tensión T3/15. Trabajo presentado al II Congreso Nacional de Evaluación Psicológica. Madrid. 1987. [acceso: 02/05/2020]. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/1994/vol2/arti2.htm>
5. Trastornos del estado de ánimo en trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. *Archivos de medicina*. 2016 [acceso: 02/05/2020];14(3):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6586689>
6. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud - Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2004 [acceso: 02/05/2020]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.Pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.Pdf)
7. World Bank, World Health Organization. Report of Proceedings of Event “Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority”. Washington D.C: World Bank Group; 2016 [acceso: 02/05/2020]. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/391171465393131073/0602-SummaryReport-GMH-event-June-3-2016.pdf>
8. Tortella-Feliu M, Baños RM, Barrantes N, Botella C, Fernández-Aranda F, García-Campayo J, *et al*. Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica Salud*. 2016;27(1):37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>

9. Alarcón RD. Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2015 [acceso: 03/05/2020];78(1):1-2. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-85972015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
10. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond).* 2004;54(3):190-6. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>
11. Chen WK, Cheng YC, Chung YT, Lin CC. The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Med Care.* 2005 [acceso: 03/05/2020];43(2):168-72. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/15655430>
12. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res.* 2016 [acceso: 03/05/2020];14(1):7-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26847480>
13. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J, *et al.* Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health.* 2016 [acceso: 03/05/2020];38:e2016048. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28196409>
14. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):e14. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
15. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020 [acceso: 04/05/2020];38(0):E001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32131151>
16. 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 [acceso: 04/05/2020];3(3):e203976. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32202646>
17. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 [acceso: 04/05/2020];17(6). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2032>
18. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020 [acceso: 05/05/2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32169498>
19. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;37(2). DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
20. Golderberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.
21. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A, Bargsted M, Irrarrázaval M. ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2015;31(6):1305-1312. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00122913>

22. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997 [acceso: 06/05/2020];27:191-197. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9122299>
23. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020 [acceso: 06/05/2020];7:228-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32032543>
24. Woo JM, Postolache TT. The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev.* 2008 [acceso: 06/05/2020];7:185-200. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559945/>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza; 2013 [acceso: 06/05/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día mundial de la salud mental 2017 - La salud mental en el lugar de trabajo. 2017 [acceso: 07/05/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
27. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 [acceso: 07/05/2020];74:281-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32034840>
28. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019. Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
29. Ministerio de Salud [MINSA]. Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes. Una mirada al Bono Demográfico. 2011 [acceso: 06/05/2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2284.pdf>
30. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020 [acceso: 08/05/2020];71:102211. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32179380>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Bladimir Domingo Becerra Canales:* Orientó el proceso científico y metodológico del estudio, dirigió el desarrollo de ideas y el análisis de resultados, aportó a la discusión y conclusiones, realizó la revisión permanente de la redacción del manuscrito y aprobación de la versión final.

*Domizbeth Becerra Huamán:* Participó en la recolección de datos, aportó al análisis de los resultados, discusión, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final.

*Fany Luz Quintanilla Villar:* Participó en la recolección de datos, aportó a la discusión y conclusiones y aprobó la versión final del manuscrito.