

Depresión en personal de salud y factores asociados a la atención de pacientes con COVID-19 en el contexto de la pandemia en la Región Sur del Perú

Depression in healthcare personnel and factors associated with the attention of patients with COVID-19 in the context of the pandemic in the Southern Region of Peru

Agueda Muñoz-del-Carpio-Toia ¹ Yury Merma Barazorda ^{2,3} Walter L. Arias Gallegos ⁴ Lucía Begazo-Muñoz-del-Carpio ⁵ Francesca Diaz Del Olmo Calvo ⁶ Renzo Rivera-Calcina ⁴ Patricio Díaz Del Olmo Calvo ⁷ Naydi García Bautista ² Paulina Patricia Valdivia Carazas ⁵ Magly Liesbeth Larico ⁸ Tomás Caycho-Rodríguez ⁹

¹ Universidad Católica de Santa María, Vicerrectorado de Investigación, Arequipa, Perú ² Hospital III Goyeneche, Arequipa, Perú ³ Universidad Católica de Santa María, Escuela de Medicina Humana, Arequipa, Perú ⁴ Universidad Católica San Pablo, Departamento de Psicología, Arequipa, Perú ⁵ Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú ⁶ William Peace University, Carolina del Norte, Estados Unidos ⁷ Emory & Henry University, Virginia, Estados Unidos ⁸ Centro de Salud Mental Comunitario Hunter, Arequipa, Perú ⁹ Universidad Científica del Sur, Facultad de Psicología, Lima, Perú



ISSN 2521-2281 · en línea

HISTORIAL

Recibido 21/11/2024
Aceptado 01/06/2026
Publicado 26/08/2026

CORRESPONDENCIA

Tomás Caycho-Rodríguez
Universidad Científica del Sur, Lima,
Perú
tcaycho@cientifica.edu.pe

EDITOR RESPONSABLE

Iván Barrios, PhD
Universidad Nacional de Asunción,
Santa Rosa del Aguaray, Paraguay

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no poseer
conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron apoyo
financiero para la investigación, autoría
y/o publicación de este artículo.

LICENCIA

CC BY 4.0

Publicado bajo licencia Creative Commons
Attribution 4.0 International.

RESUMEN

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19, se ha reportado globalmente que el personal de salud que atiende a pacientes infectados experimentó efectos adversos en su salud mental. **Objetivo:** Determinar la relación entre la depresión y las características sociodemográficas del personal de salud que trabaja en un Hospital de Nivel II en Arequipa (Perú), así como con ciertas características de la atención de pacientes con COVID-19 durante la pandemia. **Metodología:** Participaron un total de 147 trabajadores de salud del Hospital Goyeneche II, utilizando la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton. Se realizó un análisis estadístico utilizando estadísticas descriptivas y la prueba de Chi-cuadrado. **Resultados:** El 59,9 % del personal evaluado presentó depresión, la cual se asoció con el género, el área de trabajo y los dilemas éticos en la atención a pacientes con COVID-19. **Conclusión:** Los hallazgos proporcionan un precedente importante sobre el riesgo psicosocial del personal de salud durante la pandemia.

PALABRAS CLAVE

Depresión COVID-19 personal de salud pandemia

ABSTRACT

Introduction: During the COVID-19 pandemic, it has been globally reported that healthcare personnel attending to infected patients experienced adverse effects on their mental health. **Objective:** To determine the relationship between depression and the sociodemographic characteristics of healthcare personnel working at a Level II Hospital in Arequipa, Peru, as well as with certain characteristics of patient care during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** A total of 147 healthcare workers from Hospital Goyeneche II participated, using the Hamilton Depression Rating Scale. Statistical analysis was performed using descriptive statistics and the Chi-square test. **Results:** 59.9% of the evaluated personnel presented depression, which was associated with gender, work area, and ethical dilemmas in the care of COVID-19 patients. **Conclusion:** The findings provide an important precedent on the psychosocial risk of healthcare personnel during the pandemic.

KEYWORDS

Depression COVID-19 healthcare workers pandemic

Introducción

En Perú, la depresión es junto con los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, y los trastornos psicóticos; uno de los desórdenes mentales más prevalentes (1). De este modo, del 6 al 10 % de la población peruana ha experimentado algún tipo de desorden depresivo a lo largo de su vida (2). Sin embargo, la mayoría de estudios sobre depresión en este país se han desarrollado en muestras de adultos mayores (3-6) y de adolescentes (2,7-9).

En ese sentido, no existen estudios sobre la depresión en trabajadores del sector salud, aunque sí se han publicado diversos trabajos de investigación sobre los factores de riesgo psicosocial en personal sanitario, asociando diversas condiciones sociolaborales y variables organizacionales con el síndrome de burnout (10-13). No obstante, la preocupación por la salud y la seguridad en el trabajo está focalizada en los accidentes laborales que tienen afectación física, más no tanto en la salud mental ocupacional (14). A pesar de esto, un estudio de revisión, a nivel internacional, indicó que la prevalencia de depresión en trabajadores de la salud fue del 24 % (IC del 95 %: 20-28 %), 25 % para enfermeros (IC del 95 %: 18-33 %), 24 % para médicos (IC del 95 %: 16-31 %) y 43 % para profesionales de primera línea (IC del 95 %: 28-59 %). Esta proporción de depresión durante la pandemia de COVID-19 fue similar a la observada en la población general (15). Otro estudio de revisión y metanálisis indicó una tasa de prevalencia del 22,8 % de depresión para el personal sanitario. Se observaron diferencias de género y ocupacionales, donde las profesionales sanitarias y las enfermeras presentaron tasas más altas de síntomas afectivos en comparación con los hombres y el personal médico, respectivamente (16).

Ahora bien, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la experimentación de emociones negativas como tristeza, irritabilidad, anhedonia (17) y cogniciones negativas sobre sí mismo (18), que se manifiestan con retardo psicomotor, alteraciones del sueño, de la conducta sexual, etc (4). Asimismo, la depresión suele tener una alta comorbilidad con la ansiedad (19,20), y está asociada con diversos estresores que actúan como desencadenantes de la sintomatología depresiva (21). De modo que el estrés agudo se asocia con la ansiedad y el estrés crónico con la depresión (22).

En contextos laborales se ha reportado que entre las variables sociodemográficas que pueden actuar como estresores potenciales, se tiene el salario, el estado civil, el grado de instrucción y el número de hijos (23). También se ha reportado diversos factores de riesgo de depresión en personal sanitario, como el tiempo de servicio mayor a 10 años y el consumo de tabaco y alcohol (24). Por otro lado, en personal de enfermería de unidades cuidados intensivos, se ha asociado la depresión con el tener jornadas dobles, trabajar en el turno de la noche y ser separado o divorciado. Asimismo, se encontró una prevalencia del 28,4 % en los 85 trabajadores que participaron del estudio, quienes señalaron que se encontraban lábiles emocionalmente, cometían errores con frecuencia, no dormían bien y se cansaban con más facilidad (25). En ese sentido, se ha señalado que las exigencias psicológicas del trabajo y el agotamiento emocional en el personal sanitario se asocian con la depresión (26). De ahí que se ha enfatizado que las manifestaciones del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento del estrés constituyen factores de riesgo psicosocial de gran relevancia para el personal de salud (27).

En el contexto de la pandemia por el COVID-19, que dio inicio a fines del año 2019 en Wuhan (China) (28), las condiciones laborales para el personal de salud se han complicado aún más, diversos estudios en China y otros países han reportado que tanto en la población en general (29-32), como en los trabajadores del sector salud, los niveles de estrés, ansiedad, depresión y burnout han aumentado significativamente (33-39). En Perú, que es uno de los países con tasas altas de infectados y mortalidad (40), los médicos han tenido que afrontar una compleja situación debido a la sobrecarga laboral por la demanda de pacientes infectados con COVID-19, el temor al contagio o a contagiar a sus familiares, la falta de equipos de protección personal adecuados, de capacitación en la atención, de protocolos de seguridad, y la estigmatización por parte de ciertos sectores de la sociedad (41).

A pesar de todo ello, la investigación sobre el riesgo psicosocial del personal de salud durante la pandemia es bastante escasa a nivel de Latinoamérica (42,43); y en Perú, aunque existen diversos artículos sobre esta situación con un abordaje teórico y preventivo (38-41), no hay investigaciones publicadas con datos empíricos. Aunque recientemente se ha publicado un estudio que señala que diversos síntomas depresivos han aumentado en un 39 % de la población debido al aislamiento y la cuarentena, entre los que se menciona los problemas para conciliar el sueño, sentimientos de cansancio y tristeza (44); este ha sido realizado en la población general de Lima.

En consecuencia, el presente estudio pretende analizar si existen diferencias en la depresión según las características sociodemográficas del personal de salud que labora en un Hospital nivel II de Arequipa (Perú), así como con ciertas características de la atención de pacientes con COVID-19 durante la pandemia. Se hipotetiza que, la mayoría del personal de salud presenta depresión, y que ésta presenta diferencias según el sexo, el área de trabajo y los dilemas éticos por atender pacientes con COVID-19.

Metodología

El presente estudio es de tipo descriptivo comparativo con variables sociodemográficas y corte transversal, pues implica la aplicación de instrumentos de medición en un solo momento (45).

La muestra está formada por personal de salud, que labora en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el sur de Perú. La selección de la muestra se realizó de forma intencional por medio de la técnica de muestreo por cuotas. De este modo, la muestra está constituida por 147 profesionales de salud, 61,2 % de sexo femenino y 38,8 % de sexo masculino. El 85,7 % del personal que tienen más de 30 años, el 14,3 % tiene entre menos de 25 años y 30 años. En cuanto al estado civil, el 45,6 % son casados, 40,1 % son solteros, 10,2 % son convivientes y 4,1 % tiene otro estado civil. El 60,5 % vivía en la casa de su familia, el 37,4 % en su propia casa o departamento y el 2 % en una pensión. Asimismo, la mayoría de evaluados no tenía hijos (54,4 %); mientras que el 14,3 % tenía un hijo, el 21,8 % dos hijos y el 9,5 % más de dos hijos. En cuanto a las personas con que vivían, el 32,7 % vivía con su pareja, el 17 % con sus dos padres, el 2,7 % solo con su padre, el 9,5 % solo con su madre, el 26,5 % con familiares de 1er grado y el 11,6 % con otros familiares. Según su ocupación, el 47,6 % son médicos asistentes, el 19,7 % médicos residentes, el 23,8 % enfermeras, el 6,8 % técnicas de enfermería, el 1,4 % personal de laboratorio y el 0,7 % obstetras. Asimismo, el 31,3 % trabajaba en el servicio de emergencia, el 18,4 % en hospitalización, el 9,5 % en UCI y el 40,1 % restante en otras áreas.

Se emplearon dos instrumentos para el estudio, una ficha de datos para registrar características sociodemográficas y laborales relacionadas a contacto con pacientes de COVID-19 (Sí, No, No sabe), acceso a equipos de protección personal (Sí, No), acceso a capacitación para atender pacientes infectados con coronavirus (Sí, No, No sabe) y si presentan dilemas éticos en su labor diaria (Sí, No). Así mismo, se hizo uso de la Escala de Depresión de Hamilton (46), que consta de 17 ítems que valoran la sintomatología depresiva en una escala de respuesta de tipo Likert. Originalmente, la prueba categoriza la depresión en: no deprimido, de 0-7 puntos (dicotomizado como no presenta depresión), depresión leve, de 8-13 puntos, moderada, 14-18 puntos, severa, 19-22 puntos, y muy severa, mayor de 23 puntos (dicotomizados como presenta depresión) (46). Esta división permitió obtener dos categorías fácilmente interpretables. Un estudio de revisión demostró que la Escala de Depresión de Hamilton. La prueba demostró tener adecuadas propiedades psicométricas en población angloparlante (47). Un estudio de metaanálisis reportó valores del coeficiente alfa de Cronbach globales cercanos a $\alpha \approx 0,79$ (48). Asimismo, se observaron altas correlaciones con evaluaciones clínicas globales como, por ejemplo, correlaciones aproximadas de 0,89 con el juicio clínico psiquiátrico; mientras que la estructura factorial es inestable encontrándose entre 2 a 7 factores y la presencia de múltiples dimensiones (depresión, ansiedad, somatización) (49). A nivel de Latinoamérica, se han llevado a cabo estudios en los que ha sido empleada, y sus propiedades psicométricas han sido objeto de análisis. Por ejemplo, un estudio con población mexicana, indicó un nivel aceptable de consistencia interna (HDRS 0,806); mientras que la estructura factorial indicó 6 factores y poder explicativo del 70,58 % (50).

El estudio forma parte de un proyecto de mayor envergadura titulado “Salud mental en trabajadores de salud que atienden pacientes COVID en servicios de salud” aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María (registro: 179- 2020). Posteriormente, se gestionaron los permisos pertinentes ante los directivos del hospital Goyeneche. Luego se procedió a la toma de consentimiento informado, en el que se informó al personal de salud, sobre los fines del estudio, procedimientos, posibilidad de publicación de resultados, confidencialidad de la data sensible y sobre el carácter voluntario y anónimo del estudio. La evaluación de los participantes voluntarios que consintieron ser parte del estudio, se realizó dentro de las instalaciones del nosocomio durante los momentos de descanso del personal. Las evaluaciones se realizaron entre mayo y julio del 2020. La Escala de Depresión de Hamilton es un instrumento heteroaplicado (clínico-evaluador), por lo que, fue aplicado por psicólogos y psiquiatras entrenados previamente en el instrumento. Todo el proceso de evaluación fue estandarizado para que todos los evaluadores siguieran los mismos pasos: presentación del estudio, presentación del consentimiento informado y aplicación del instrumento

Los datos fueron procesados con el programa SPSS versión 25. El análisis estadístico se realizó con estadísticos descriptivos y la prueba Chi cuadrado para determinar diferencias en la depresión según los datos sociodemográficos y las características laborales de la atención de pacientes con COVID-19. Se utilizó el coeficiente ϕ (phi) como una medida de tamaño del efecto utilizada para cuantificar la fuerza de asociación entre dos variables categóricas dicotómicas en tablas de contingencia de 2x2. Según Cohen (51), valores de $\phi \approx 0,10$ indica un efecto pequeño, $\phi \approx 0,30$ indica un efecto mediano y $\phi \geq 0,50$ indica un efecto grande. También se utilizó el coeficiente V de Cramér como una medida de tamaño del efecto para evaluar la fuerza de asociación entre dos variables categóricas en tablas de contingencia de cualquier dimensión. Valores de $V \approx 0,10$ indica un efecto pequeño, $V \approx 0,30$ indica un efecto mediano; mientras que, $V \geq 0,50$ indica un efecto grande (51).

Resultados

A nivel descriptivo se tiene que el 36,7 % del personal de salud evaluado tenía contacto directo con pacientes con COVID-19, mientras que el 19 % no lo tenía y el 44,2 % desconocía ello. En cuanto a lo que más les abrumaba, el 40,1 % indicó que era que la falta de equipos de protección personal, el 29,9 % indicó tener contacto con pacientes con COVID-19, el 12,2 % la falta de personal, el 6,8 % la falta de equipos médicos, el 2 % las guardias, el 0,7 % problemas personales y en el 8,2 se trataba de problemas diversos. Además, el 68,7 % afirmó que el equipo de salud no estaba lo suficientemente capacitado para el cuidado de pacientes COVID-19. También se observó que al 89,8 % del personal le preocupaba contagiarse cuando atendían pacientes COVID-19, mientras que el 48,3 % señaló que no había recibido capacitación para trabajar de manera segura con pacientes COVID-19, el 30,7 % desconocía de los protocolos para atender a los pacientes sospechosos de tener COVID-19 y el 63,9 % no presentaban algún dilema ético en la atención de pacientes con COVID-19, mientras que el 36,1 % sí lo presentaba.

La [Tabla 1](#) muestra que la mayoría del personal de salud evaluado presenta algún nivel de depresión (59,9 %); mientras que el 40,1 % restante no tiene niveles clínicamente significativos de depresión. Asimismo, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la depresión con un tamaño del efecto pequeño ($\chi^2 = 7,401$; $p = 0,007$; $\phi = 0,224$), es así que la depresión se presenta mayormente en mujeres (48,9 %) que en varones (26,3 %). Por otro lado, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la depresión según la edad ($\chi^2 = 0,727$; $p = 0,695$) o el estado civil ($\chi^2 = 1,684$; $p = 0,640$).

TABLA 1. DIFERENCIAS EN LA DEPRESIÓN SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE SALUD EVALUADO

Depresión					
Presenta			No presenta		χ^2
n= 147	F	%	F	%	p
Sexo					
Masculino	15	26,3	42	73,7	7,401
Femenino	44	48,9	46	51,1	0,007
Edad					
					0,472
De 25 a 30	7	33,3	14	66,7	0,492
Más de 30	52	41,3	74	58,7	
Estado civil					
Soltero	23	39,0	36	61,0	1,684
Casado	29	43,3	38	56,7	0,640
Conviviente	4	26,7	11	73,3	
Otro	3	50,0	3	50,0	
Total	88	59,9	59	40,1	

En la [Tabla 2](#) se aprecia que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y las variables familiares de lugar de residencia ($\chi^2 = 4,734$; $p = 0,078$), número de hijos ($\chi^2 = 0,670$; $p = 0,880$) ni con quien viven los evaluados ($\chi^2 = 6,112$; $p = 0,191$).

TABLA 2. DIFERENCIAS EN LA DEPRESIÓN SEGÚN LAS VARIABLES FAMILIARES DEL PERSONAL DE SALUD EVALUADO					
		Depresión			
		Presenta		No presenta	X ²
n= 147	F	%	F	%	p
Residencia					
En casa de familia	37	41,6	52	58,4	4,734 a
En pensión	3	100,0	0	0,0	0,079
Casa propia o departamento	19	34,5	36	65,5	
Número de hijos					
Ninguno	31	38,8	49	61,3	0,670
Uno	10	47,6	11	52,4	0,880
Dos	13	40,6	19	59,4	
Más de dos	5	35,7	9	64,3	
Vive con					
Ambos padres	10	40,0	15	60,0	6,112
Un solo padre	10	55,6	8	44,4	0,191
Familiares de primer grado	18	46,2	21	53,8	
Pareja	13	27,1	35	72,9	
Otros	8	47,1	9	52,9	
Total	88	59,9	59	40,1	

En la [Tabla 3](#) se observa que el servicio donde labora el personal de salud evaluado genera diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión con un tamaño del efecto pequeño ($\chi^2= 9,522$; $p= 0,049$; $V= 0,255$), siendo así que los evaluados que trabajan en el servicio de hospitalización de emergencia son quienes tienen una mayor prevalencia de depresión (68,8 %). Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la depresión en función de la profesión de los evaluados ($\chi^2= 1,886$; $p= 0,596$).

TABLA 3. DIFERENCIAS EN LA DEPRESIÓN SEGÚN LOS DATOS LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD EVALUADO					
		Depresión			
		Presenta		No presenta	X ²
n= 147	F	%	F	%	p
Profesión					
Médico	38	38,4	61	61,6	1,886
Enfermera	16	45,7	19	54,3	0,596
Técnico en enfermería	3	30,	7	70,0	
Otro	2	66,7	1	33,3	
Servicio					
Emergencia	19	41,3	27	58,7	9,522
UCI	5	35,7	9	64,3	0,049
Hospitalización emergencia	11	68,8	5	31,3	
Hospitalización cirugía	1	10,0	9	90,0	
Otro	23	37,7	38	62,3	
Total	88	59,9	59	40,1	

La **Tabla 4** muestra que, entre los aspectos relacionados al COVID, solo el dilema ético de la atención de pacientes genera diferencias significativas en la depresión con un tamaño del efecto pequeño ($\chi^2 = 9,355$; $p = 0,002$; $\phi = 0,252$), siendo así que el personal de salud que tiene un dilema ético es quien tiene una mayor prevalencia de depresión (56,6 %) que aquellos que no tienen dicho dilema (30,9 %). Por otro lado, no se halló que la depresión presente diferencias estadísticamente significativas en función de las variables de contacto con pacientes con COVID-19 ($\chi^2 = 2,110$; $p = 0,348$), motivo de preocupación ($\chi^2 = 1,440$; $p = 0,837$), capacitación sobre el manejo de pacientes con COVID-19 ($\chi^2 = 0,921$; $p = 0,631$), preocupación por contagiarse ($\chi^2 = 1,296$; $p = 0,892$), capacitación sobre trabajo seguro ($\chi^2 = 7,256$; $p = 0,123$) y pasos a seguir para atender a pacientes con COVID-19 ($\chi^2 = 6,389$; $p = 0,172$).

TABLA 4. DIFERENCIAS EN LA DEPRESIÓN SEGÚN ASPECTOS RELACIONADOS AL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD

Depresión					
		Presenta		No presenta	χ^2
n= 147	F	%	F	%	p
Contacto con paciente COVID					
Sí	22	40,7	32	59,3	2,110
No	8	28,6	20	71,4	0,348
No sabe	29	44,6	36	55,4	
Motivo de preocupación					
Contacto con paciente COVID	18	40,9	26	59,1	1,440
Falta de EPP	24	40,7	35	59,3	0,837
Falta de personal	6	33,3	12	66,7	
Falta de equipos médicos	3	30,0	7	70,0	
Otro	8	50,0	8	50,0	
Capacitación manejo paciente COVID					
Sí	5	29,4	12	70,6	0,921
No	42	41,6	59	58,4	0,631
No sabe	12	41,4	17	58,6	
Preocupación por contagiarse					
Totalmente de acuerdo	31	43,1	41	56,9	1,296
De acuerdo	22	36,7	38	63,3	0,862
Indiferente	0	0,0	1	100,0	
En desacuerdo	4	44,4	5	55,6	
Totalmente en desacuerdo	2	40,0	3	60,0	
Capacitación sobre trabajo seguro					
Totalmente de acuerdo	1	7,7	12	92,3	7,256
De acuerdo	21	40,4	31	59,6	0,123
Indiferente	6	54,5	5	45,5	
En desacuerdo	25	42,4	34	57,6	
Totalmente en desacuerdo	6	50,0	6	50,0	
Pasos a seguir para atender sin contagiarse					
Totalmente de acuerdo	4	18,2	18	81,8	6,389
De acuerdo	30	42,3	41	57,7	0,172
Indiferente	3	33,3	6	66,7	
En desacuerdo	18	47,4	20	52,6	
Totalmente en desacuerdo	4	57,1	3	42,9	

Depresión					
Dilema ético en atención de pacientes					
Sí	30	56,6	23	43,4	9,355
No	29	30,9	65	69,1	0,002
Total	88	59,9	59	40,1	

Discusión

En la presente investigación se analiza las diferencias de la depresión entre ciertas variables sociodemográficas y las características de atención a pacientes con COVID-19, en el personal de salud que labora en un hospital nivel II de la ciudad de Arequipa, durante la pandemia. Un primer dato relevante fue que el 59,9 % del personal evaluado tenía algún nivel de depresión entre leve, moderado y severo. Estos datos son muy superiores a los niveles de depresión reportados en estudios previos a la pandemia en personal de salud de México o Brasil, donde se encontró una prevalencia de 18,9 % (24) y de 36,3 % (26), respectivamente.

Asimismo, en el presente estudio, se ha encontrado que las manifestaciones de depresión son significativamente mayores en el personal femenino, una proporción que casi duplica el porcentaje de varones con sintomatología depresiva. En ese sentido, este hallazgo es consistente con diversos reportes que indican que la depresión es más frecuente en mujeres que en varones (17, 20, 24, 26, 50); aunque en ello existen diversos factores de carácter sociocultural, que pueden estar mediando en los resultados obtenidos.

Por otro lado, se encontró que el 68,8 % de los trabajadores que laboran en el servicio de hospitalización de emergencia son los que presentan mayor depresión en comparación con sus colegas que están ubicados en otras áreas del hospital, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Este dato está asociado a que es en hospitalización de emergencia donde se han ubicado en mayor proporción los pacientes con COVID-19, pues al haber colapsado el área de hospitalización y cuidados intensivos por la cantidad de infectados, emergencia ha sido una de las áreas más abarrotadas de pacientes. De este modo, era posible observar que los pacientes se apostaban incluso a las afueras del nosocomio. Es posible entonces, que el temor al contagio (52) por ubicarse en hospitalización de emergencia haya sido un factor que se asocia con la depresión, pero, por otro lado, la percepción del sufrimiento humano (53) en estas áreas, también puede jugar un papel en la depresión a través de mecanismos de aprendizaje vicario.

Finalmente, solo el dilema ético obtuvo asociaciones estadísticamente significativas con la depresión, de modo que el 56,6 % del personal de salud que tiene un dilema ético en tratar a sus pacientes, tiene también sintomatología depresiva, en comparación con el 30,9 % que no presenta dilemas éticos. El dilema ético de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 se define como el conflicto moral que enfrentaron al tener que decidir entre el deber de atender y salvar vidas, la protección de su propia salud y la distribución justa de recursos sanitarios limitados. Este dilema surgió especialmente en contextos de escasez de camas UCI, ventiladores mecánicos, oxígeno y personal sanitario, donde los médicos y enfermeros debían priorizar qué pacientes recibirían tratamiento intensivo. Asimismo, los profesionales de la salud enfrentaron tensiones éticas entre los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, debido al alto riesgo de contagio, la sobrecarga laboral y la necesidad de actuar rápidamente bajo incertidumbre clínica. Muchos debieron continuar atendiendo pacientes aún cuando no existían suficientes equipos de protección personal, lo que generó conflictos entre el deber profesional y el derecho a la seguridad personal y familiar (54). En ese sentido, podría suponerse que, aunque el tener contacto con pacientes COVID y la preocupación por contagiarse, la insuficiente capacitación sobre el manejo de pacientes COVID y sobre bioseguridad, no se han asociado significativamente con la depresión; todos estos factores en conjunto están mediando en la presentación de dilemas éticos para atender a los pacientes con COVID-19.

La elevada proporción de participantes que respondió “no sabe” respecto al “contacto con paciente COVID-19” no debe interpretarse únicamente como un dato no significativo, sino también como un posible indicador de deficiencias en los procesos institucionales de comunicación, vigilancia epidemiológica o claridad conceptual sobre qué constituye un contacto de riesgo. En contextos hospitalarios, la incertidumbre sobre la exposición puede reflejar limitaciones en la trazabilidad de casos, insuficiente capacitación del personal o fallas en los sistemas de reporte y monitoreo ocupacional, aspectos ampliamente descritos durante la pandemia de COVID-19 (55). Desde el punto de vista metodológico, diversas investigaciones recomiendan analizar las respuestas “no sabe” como una categoría informativa independiente, ya que pueden expresar incertidumbre organizacional, percepción de desinformación o ambigüedad operativa, y no simplemente

ausencia de datos (56). En este sentido, considerar esta categoría dentro del análisis permite identificar debilidades institucionales relacionadas con la comunicación del riesgo y la gestión de la bioseguridad, factores que influyen directamente en la percepción de seguridad y en la toma de decisiones del personal sanitario.

Estos resultados, nos permiten hacer algunas recomendaciones para mitigar el impacto psicológico de la pandemia del COVID-19 en el personal de salud del Hospital Goyeneche; las mismas que son producto de las experiencias sanitarias en diversos países. Así, en primer lugar, es necesario enfatizar los procesos formativos del personal de salud, a nivel de pregrado y postgrado, para estar mejor preparados física y emocionalmente, para hacer frente a las pandemias (57). En relación con ello, también es importante informarse a través de fuentes oficiales y mantenerse actualizado sobre datos bioquímicos, médicos y psicológicos del COVID-19 (58). El brindar equipos de protección personal y seguir los protocolos de seguridad es vital (59), así como hacer evaluaciones de tamizaje al personal de salud cada cierto tiempo, sobre variables psicológicas asociadas al impacto de la COVID-19 en la salud mental (60). No se pueden dejar de lado aspectos propios de la gestión del capital humano en las instituciones de salud, que tienen un peso esencial en la promoción de la salud mental de los trabajadores (58). En relación con ello, se debe alentar el autocuidado del personal de salud, a través del estricto seguimiento de los protocolos de seguridad (37).

Con respecto a la sintomatología depresiva, es importante que las condiciones laborales del personal de salud, les permitan tener ciertas facilidades como horarios flexibles, reducir la sobrecarga laboral, etc (61); y también es fundamental fortalecer los lazos familiares de los trabajadores (62,63), pues la familia es una fuente de apoyo social muy importante para hacer frente al estrés y la depresión. Además, se pueden aplicar diversas técnicas especializadas en el tratamiento de la depresión basadas en teorías cognitivo-conductuales (64).

Para terminar, una de las principales limitaciones del presente estudio es la imposibilidad de generalizar los datos a otros hospitales de la región o el país, debido al tamaño de la muestra y el tipo de muestreo. Sin embargo, los hallazgos reportados constituyen un importante antecedente del riesgo psicosocial del personal de salud durante la pandemia. Otra limitación es que no se evaluó la confiabilidad interevaluador, lo que limitó la reducción de la variabilidad. Asimismo, se debe considerar la presencia de sesgo de selección ser una participación voluntaria, ausencia de ajuste multivariable, y el hecho de que la medición ocurrió en un periodo muy específico (mayo-julio 2020) que podría no representar otras fases de la pandemia.

En ese sentido, se puede concluir que la depresión está asociada con el sexo, el área de trabajo del personal y los dilemas éticos por atender pacientes con COVID-19.

Nota editorial

Las opiniones expresadas en este artículo, así como el enfoque metodológico y los resultados presentados, son responsabilidad exclusiva de los autores. Este trabajo fue revisado y aprobado por revisores externos en el marco del proceso editorial, pero no refleja necesariamente la postura oficial de la revista, de su comité editorial ni de su editor jefe.

Contribución de los autores

AMCT y TC-R participaron en la concepción y diseño. WLAG y RV participaron en el análisis de datos del estudio. YMB, LBMC, NGB, PPVC y MLL participaron en el enrolamiento y la recolección de datos. AMCT, WLAG, FDDOC, PDDOC, PPVC y TC-R, participaron en la redacción del artículo en la redacción. Todos los autores participaron en la interpretación de los datos, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito y se hacen responsables del contenido del artículo.

Agradecimientos

A todos los participantes del estudio, por su gran colaboración.

Disponibilidad de datos

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Tomás Caycho-Rodríguez. Correo: tcaycho@cientifica.edu.pe

Comentarios de revisores

Los comentarios y recomendaciones emitidos durante el proceso de evaluación por pares se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 546](#) [Dictamen 546](#)

Referencias

1. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018. Lima: MINSA, Dirección de Salud Mental; 2018. [URL](#)
2. Ugarriza N, Escurra M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*. 2002;(5):83-130. <https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.872>
3. Arias WL, Yopez L, Núñez AL, Oblitas A, Pinedo S, Masías MA, et al. Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Prop Repr*. 2013;1(2):83-103. <https://doi.org/10.20511/pyr2013.v1n2.32>
4. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Rivera R. Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Rev Enferm Herediana*. 2019;12:11-19. [URL](#)
5. González C. Depresión en adultos de 60 a 80 años de un centro del adulto mayor y de un asilo de la ciudad de Lima. *Nuev Paradig*. 2008;2:47-62.
6. Castro-Benites VA, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;82(1):4-10. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3480>
7. Carranza Esteban RF. Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apunt Univ*. 2012;2(2):79-90. [URL](#)
8. Carranza Esteban RF. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima. *Rev Psicol (Trujillo)*. 2013;15(2):170-182. [URL](#)
9. Rivera R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2018;56(2):117-126. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000200117>
10. Arias WL, Muñoz del Carpio Toia A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Rev Cubana Salud Publica*. 2016;42(4):559-575. [URL](#)
11. Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velasquez-Lazo C, Valdivia-Rodríguez M, Arroyo-Tovar GY, Toia-Larsen M, et al. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. *Acta Med Peru*. 2016;33(2):99-104. <https://doi.org/10.35663/amp.2016.332.58>
12. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Delgado Montesinos Y, Ortiz Puma M, Quispe Villanueva M. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med Segur Trab*. 2017;63(249):331-344. [URL](#)
13. Muñoz del Carpio Toia A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2019;57(2):139-148. [URL](#)
14. Fernández-Arata JM, Calderón-De la Cruz G, Navarro-Loli JS. Psicología de la salud ocupacional: una especialidad emergente en el Perú. *Rev Med Hered*. 2016;27(3):193-194. [URL](#)
15. Olaya B, Pérez-Moreno M, Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Lasheras I, Santabábara J. Prevalence of depression among healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2021;10(15):3406. <https://doi.org/10.3390/jcm10153406>
16. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
17. Moscoso MS. Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Liberabit*. 2014;20(1):29-39. [URL](#)
18. Forgeard MJC, Haigh EAP, Beck AT, Davidson RJ, Henn FA, Maier SF, et al. Beyond depression: toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clin Psychol Sci Pract*. 2011;18(4):275-299. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x>
19. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(3):316-336.
20. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493-499. [URL](#)
21. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(11):661-669. <https://doi.org/10.1097/00005053-199811000-00001>
22. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj*. 2003;3(1):10-59. [URL](#)
23. Lavoignet Acosta BJ, Cruz Núñez F, Rodríguez Cruz DL, Santes Saavedra G. Acontecimientos vitales estresantes en enfermeras de una Institución de segundo nivel de atención, Veracruz, México. *Rev Colomb Salud Ocup*. 2019;9(2):e-6441. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2019.6441>
24. Castañeda Aguilera E, García de Alba García JE. Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40(3):420-432. [URL](#)
25. de Vargas D, Dias APV. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1114-1121. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500008>
26. da Silva ATC, de Souza Lopes C, Susser E, Menezes PR. Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016;106(11):1990-1997. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303342>

27. Serna Corredor DS, Martínez Sánchez LM. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Cient Med.* 2020;24(1):372-387. [URL](#)
28. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
29. Luo X, Estill J, Wang Q, Lv M, Liu Y, Liu E, et al. The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Psychiatry Res.* 2020;291:113193. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113193>
30. Palomar-Ciria N, Blanco del Valle P, Hernández-Las Heras MÁ, Martínez-Gallardo R. Schizophrenia and COVID-19 delirium. *Psychiatry Res.* 2020;290:113137. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113137>
31. 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. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
32. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
33. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How essential is to focus on physician's health and burnout in coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus.* 2020;12(4):e7538. <https://doi.org/10.7759/cureus.7538>
34. Daugherty AM, Arble EP. Prevalence of mental health symptoms in residential healthcare workers in Michigan during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;291:113266. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113266>
35. Chew QH, Chia FLA, Ng WK, Lee WCI, Tan PLL, Wong CS, et al. Psychological and coping responses to COVID-19 amongst residents in training across ACGME-I accredited specialties in Singapore. *Psychiatry Res.* 2020;290:113146. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113146>
36. Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Rev Mex Urol.* 2020;80(3):1-9. <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v80i3.653>
37. Macaya P, Aranda F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest.* 2020;49(3):356-362. <https://doi.org/10.25237/revchilanstv49n03.014>
38. 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):51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
39. Acosta-Quiroz J, Iglesias-Osores S. Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020;83(3):212-213. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
40. Cieza Zavallos J, Uriol Lescano C. Letalidad y la mortalidad de Covid 19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud. *Rev Med Hered.* 2020;31(4):214-221. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3852>
41. Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Med Peru.* 2020;37(2):119-121. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>
42. Torres Pascual C, Torrell-Vallespín S. Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana y del Caribe sobre COVID-19 en PUBMED. *Rev Cuba Inf Cienc Salud.* 2020;31(3):e1600. [URL](#)
43. O'Brien N, Barboza-Palomino M, Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T, Sandoval-Díaz JS, López-López W, et al. Nuevo coronavirus (COVID-19). Un análisis bibliométrico. *Rev Chil Anest.* 2020;49(3):408-415. <https://doi.org/10.25237/revchilanstv49n03.020>
44. Prieto Molinari DE, Aguirre Bravo GL, De Pierola I, Luna Victoria-De Bona G, Merea Silva LA, Lazarte Núñez CS, et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit.* 2020;26(2):e425. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
45. Montero I, León OG. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol.* 2002;2(3):503-508. [URL](#)
46. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
47. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol.* 1967;6(4):278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
48. Morriss R, Patel S, Boutry C, Patel P, Guo B, Briley PM, et al. Clinical effectiveness of active Alpha-Stim AID versus sham Alpha-Stim AID in major depression in primary care in England (Alpha-Stim-D): a multicentre, parallel group, double-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(3):172-183. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00007-X)
49. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2163-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>
50. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Arenas-Montañón G, Rodríguez-Alonzo E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enferm Univ.* 2015;12(3):122-133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
51. Cohen J. Set correlation and contingency tables. *Appl Psychol Meas.* 1988;12(4):425-434. <https://doi.org/10.1177/014662168801200410>
52. Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Cervigni M, Gallegos M, Martino P, Portillo N, et al. Fear of COVID-19 scale: validity, reliability and factorial invariance in Argentina's general population. *Death Stud.* 2022;46(3):543-552. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1836071>
53. Lauracio C, Lauracio T. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Rev In*

54. Bakewell F, Pauls MA, Migneault D. Ethical considerations of the duty to care and physician safety in the COVID-19 pandemic. *CJEM*. 2020;22(4):407-410. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.376>
55. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475-e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
56. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. The psychology of survey response. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
57. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID-19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta Med Peru*. 2020;37(2):169-175. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.999>
58. Vega-Dienstmaier JM. Teorías de conspiración y desinformación en torno a la epidemia de la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(3):135-137. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3792>
59. Escobar-Galindo CM. Ergonomía y factores humanos en la lucha contra el COVID-19. *Rev Med Hered*. 2020;31(3):207-209. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3815>
60. Martínez Martínez L. Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19: instrumentos para su evaluación. *Rev Comun Salud*. 2020;10(2):301-321. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).301-321](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).301-321)
61. Bedford J, Enria D, Giesecke J, Heymann DL, Ihekweazu C, Kobinger G, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet*. 2020;395(10229):1015-1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
62. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e70-e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
63. Kent EE, Ornstein KA, Dionne-Odom JN. The family caregiving crisis meets an actual pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e66-e69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.006>
64. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen*. 2020;46(Supl 1):65-77. <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2020.05.010>