

Factores psicosociales laborales y sintomatología ansiosa y depresiva en cuidados intensivos de un hospital público de Nuevo Chimbote

Washington Alfonso Trujillo-Ulloa* ^{1,2,a,b,c}

El presente estudio forma parte de la tesis doctoral. Factores psicosociales laborales y sintomatología ansiosa y depresiva en Cuidados Intensivos de un Hospital Público de Nuevo Chimbote [Tesis de posgrado]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2023.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre factores psicosociales laborales y la presencia de sintomatología de ansiedad o depresión en el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

Materiales y métodos: El método fue cuantitativo, observacional, no experimental, de corte transversal y descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por los 70 trabajadores de la UCI del hospital; la muestra fue censal. La técnica empleada fue la aplicación de la encuesta. Los instrumentos fueron el Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo aplicados a trabajadores peruanos, validado con un alfa de Cronbach de 0,9; la escala de ansiedad de Lima (EAL-20), validada con un alfa de Cronbach de 0,89, y la escala de psicopatología depresiva (EPD-6), validada con un alfa de Cronbach de 0,7359. Para la recopilación, procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa SPSS, versión 26, y se aplicó estadística descriptiva, mientras que para la asociación de variables se empleó la prueba ji al cuadrado.

Resultados: El factor psicosocial laboral más bajo fue el papel laboral y desarrollo de la carrera (57,10 %), donde el personal de enfermería fue el más afectado (27,10 %). El factor psicosocial laboral más alto fue la remuneración del rendimiento (40,00 %), donde el personal técnico de enfermería fue el más afectado (30,00 %).

Conclusiones: Las condiciones laborales, la carga de trabajo, las exigencias laborales, el contenido y las características de la tarea fueron las dimensiones laborales que se asociaron a la aparición de la sintomatología de ansiedad; asimismo, el contenido y las características de la tarea, las exigencias y el papel laboral y desarrollo de la tarea fueron las dimensiones que se asociaron a la aparición de síntomas de depresión.

Palabras clave: Riesgos Laborales; Ansiedad; Depresión (Fuente: DeCS BIREME).

Psychosocial work factors and anxiety and depression symptoms in the intensive care unit of a public hospital in Nuevo Chimbote

ABSTRACT

Objective: To determine the association between psychosocial work factors and anxiety or depression symptoms among health workers of the Intensive Care Unit (ICU) at Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón in Nuevo Chimbote.

Materials and methods: The study used a quantitative, observational, non-experimental, cross-sectional and descriptive-correlational research design. The population consisted of 70 workers of the hospital's ICU. A census sampling and survey technique were employed. The instruments were the following: Questionnaire on Psychosocial Work Factors Administered to Peruvian Workers, validated with a Cronbach's alpha coefficient of 0.9; Lima Anxiety Scale (EAL-20), validated with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89; and Psychopathology Scale for Depressive Disorders (EPD-6), validated with a Cronbach's alpha coefficient of 0.7359. By applying descriptive statistics, IBM SPSS Statistics V26 was used for data collection, processing and analysis, and the chi-square test for the association of variables.

Results: The lowest psychosocial work factor was *work role and career development* (57.10 %), with the nursing staff being the most affected one (27.10 %). The highest psychosocial work factor was *performance-based remuneration* (40.00 %), with the technical nursing staff being the most affected one (30.00 %).

Conclusions: *Working conditions, workload, work demands and content and characteristics of the task* were the work dimensions associated with the occurrence of anxiety symptoms; likewise, *content and characteristics of the task, work*

1 Hospital III de EsSalud. Chimbote, Perú.

2 Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. Trujillo, Perú.

^a Doctor en Medicina; ^b doctorando; ^c médico especialista en medicina intensiva.

*Autor corresponsal.

demands, and *work role and career development* were the dimensions associated with the occurrence of depression symptoms.

Keywords: Occupational Risks; Anxiety; Depression (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad fueron componentes psiquiátricos de alta prevalencia a nivel mundial ⁽¹⁾ que afectaron marcadamente las relaciones sociales, el rendimiento funcional y profesional, y sus efectos se convirtieron en una carga económica y social al impactar en la calidad de vida de los trabajadores que integraron los equipos de salud, pues alteraron su vida laboral y social. Este tipo de personal estuvo muy expuesto al contagio, ya que fue necesario que mantuviera contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la pandemia, lo que demandó un esfuerzo adaptativo forzoso. Justamente en este proceso resultó importante optimizar los aspectos psicosociales para proteger la seguridad laboral del trabajador de salud, quien, al verse afectado por estos factores, se convirtió en un potencial riesgo en su ámbito laboral y también a nivel familiar ^(2,3).

Esta situación de tensión emocional por la pandemia, el desconocimiento y los cambios provocaron una reacción fisiológica reactiva al entorno laboral en el que se trabajaba, ya que se trató de un ambiente nuevo, en distintas condiciones y con un riesgo biológico, que potencialmente pudo comprometer la condición laboral ^(4,5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad se ha convertido en el trastorno psiquiátrico más importante en el mundo, que asciende a más de 264 millones. En 2021, la población adulta mexicana experimentó una incidencia de depresión del 15,40 %, de los cuales el 19,30 % presentó ansiedad severa, mientras que un 31,30 %, ansiedad mínima. Además, hacia el 2023, la prevalencia ansiosa-depresiva mundial ha aumentado en un 25 % ^(6,7). Con respecto a la depresión, la OMS señala que alrededor de 280 millones de personas a nivel mundial viven con este trastorno; en el Perú, constituye el tercer problema de salud, después del coronavirus y el cáncer ⁽⁸⁾. Según el Ministerio de Salud (Minsa), en el 2022 se reportaron 247 171 casos de depresión, de los cuales un 17,27 % correspondió a menores de edad y un 75,24 %, a mujeres ⁽⁹⁾.

Los factores de riesgo psicológico y social negativo son calificados como factores de riesgo a nivel laboral, según la Ley N° 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo” ⁽⁹⁾; por otro lado, el empleador está en la obligación de evitar que esta exposición a los riesgos cause perjuicio a la salud de sus propios trabajadores ^(8,10). La pandemia por coronavirus conllevó al surgimiento de nuevos riesgos psicosociales: ser sometido a un mayor

grado de estrés, tener que trabajar con equipos protectores personales (EPP), enfrentar una mayor exigencia profesional, determinar la disponibilidad de los recursos para realizar el trabajo en cuidados intensivos (UCI) y responsabilizarse de la ineludible distribución de la carga laboral con este tipo de pacientes críticos ⁽¹¹⁾. El aspecto laboral es fundamental en el desarrollo humano, tanto a nivel económico como para el desenvolvimiento social, ya que permite satisfacer las necesidades personales y generar satisfacción laboral ^(12,13). Además de lo mencionado, no pueden dejarse de lado las consecuencias nefastas potenciales tanto para el trabajador como para la institución a nivel de falta de eficacia en el uso de insumos y materiales médicos ⁽¹⁴⁾. A raíz de lo expuesto, se genera la necesidad de determinar la presencia de factores psicosociales laborales, identificar sintomatología de ansiedad y depresión, y determinar la asociación entre factores psicosociales laborales y la presencia de sintomatología de ansiedad y/o depresión en el personal de salud de la UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Investigación básica, cuyo fin fue buscar el conocimiento, y se produjo información para entender mejor un fenómeno ⁽¹⁵⁾. Diseño no experimental; por su naturaleza, es cuantitativa, observacional, tipo transversal, descriptiva y correlacional.

El diseño es no experimental, porque se basa en variables que se dan sin la intervención directa del investigador. Es cuantitativa, porque los resultados se expresan en números o gráficos ⁽¹⁶⁾. Es observacional, porque el objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Es transversal, debido a que se observó a un grupo de personas en un momento determinado. Es descriptivo-correlacional, porque mide dos variables y se establece una relación estadística entre ambas, sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes ^(17,18).

La población estuvo conformada por 70 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería) de cuidados intensivos de un hospital público de Nuevo Chimbote ⁽¹⁹⁾.

Los criterios de inclusión comprendieron al personal que laboró al menos tres meses en la UCI, quienes no fueron diagnosticados o tratados por trastornos mentales, el personal asistencial que no tuvo cargo jefatural y que no

consumía sustancias adictivas.

En el caso de los criterios de exclusión, se identificó a los sujetos que invalidaron los instrumentos de investigación o que no los completaron correctamente.

La muestra fue censal y abarcó a los 70 profesionales de la salud que laboraban en la UCI de un hospital público de Nuevo Chimbote: 34 enfermeros (5 hombres y 29 mujeres; rango de edad de 28 a 60 años), 16 médicos (11 hombres y 5 mujeres; rango de edad de 30 a 36 años) y 20 técnicos de enfermería (2 hombres y 18 mujeres; rango de edad de 24 a 53 años). El muestreo no aplicó, debido a que el marco muestral fue probabilístico.

Variables y mediciones

La variable independiente incluyó a los factores psicosociales laborales, que se definen como aquellas situaciones laborales vinculadas con la organización, el contenido del trabajo y la ejecución de sus actividades, con la capacidad potencial de afectar el estado de salud (físico, mental o social) del trabajador, así como su rendimiento^(20,21). Se presenta como una variable cuantitativa ordinal. El instrumento empleado fue el Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo, que consta de 46 preguntas tipo Likert de 0 a 4, con opciones de nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces y siempre. Abarcó 7 dimensiones: condiciones del lugar de trabajo (9 ítems), carga de trabajo (5 ítems), contenido y características (7 ítems), exigencias laborales (7 ítems), papel laboral y desarrollo de la carrera (6 ítems), interacción social y aspectos organizacionales (9 ítems) y satisfacción de la remuneración del rendimiento (3 ítems). Se interpreta que, a menor puntaje, menor es el riesgo psicosocial en el entorno laboral, con puntos de corte que permiten establecer bajo, mediano y alto riesgo, según la dimensión evaluada: condiciones del lugar (bajo: ≤ 13 , medio: 14-26, alto: 27-40), carga de trabajo (bajo: ≤ 8 , medio: 9-16, alto: 17-24), contenido y características de la tarea (bajo: ≤ 10 , medio: 11-21, alto: 22-32), exigencias laborales (bajo: ≤ 9 , medio: 10-18, alto: 18-28), papel académico y desarrollo de la carrera (bajo: ≤ 9 , medio: 10-18, alto: 19-28), interacción social y aspectos organizacionales (bajo: ≤ 12 , medio: 13-24, alto: 25-36) y remuneración del rendimiento (bajo: ≤ 4 , medio: 5-8, alto: 9-12). El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0,9.

La variable dependiente fue la sintomatología de ansiedad, definida como el sentimiento de miedo e inquietud, que puede ser una reacción normal ante una situación de estrés, pero, en algunas condiciones, puede empeorar^(22,23); se presenta como una variable nominal. El instrumento fue la escala de ansiedad de Lima (EAL-20), que consta de veinte preguntas dicotómicas. Se interpreta que a un puntaje ≥ 10 puntos, se asocia con aparición de síntomas de ansiedad. El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0,89.

Otra variable dependiente fue la sintomatología de

depresión, definida como la variación del estado de ánimo que se caracteriza por síntomas de angustia, alteración de sentimientos, sueño y apetito, que induce al sujeto al aislamiento de la familia, los amigos y en el centro de trabajo^(24,25). Se presenta como una variable nominal. El instrumento fue la escala de psicopatología de depresión (EPD-6), que consta de seis preguntas tipo Likert de 0 a 3. Se interpreta que un puntaje ≥ 8 puntos se asocia a la aparición de síntomas de depresión. El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0,73.

Análisis estadístico

Se aplicó la estadística descriptiva, como el análisis de frecuencias para la variable factores de riesgo psicosocial, con el fin de evaluar sus dimensiones según sus subescalas. Este mismo tipo de análisis estadístico se utilizó para los sujetos con ansiedad y sin ansiedad, y de forma análoga para evaluar la frecuencia de sujetos con depresión.

Para determinar si existió relación entre las variables factores de riesgo social (sus subescalas) con el estado de ansiedad y de depresión, se utilizó la prueba de independencia de criterios de ji al cuadrado, y se aceptó un valor por debajo de 0,05. Para procesar la información se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 26.

Consideraciones éticas

Se tomó en consideración los principios éticos durante el enrolamiento de los participantes de la investigación; se recopilaron y analizaron los datos, previa autorización, y se garantizó el anonimato de la información vertida. Se tomaron en cuenta los aspectos de la confidencialidad, con respecto a que la información dada por los participantes en la investigación no puede ser pública; la credibilidad, relacionada con la veracidad de la información brindada, la que se tomó desde la descripción del problema; la confirmabilidad, a través del establecimiento del grado en que los resultados son determinados por los informantes y no por los prejuicios del investigador⁽²⁶⁾. El proceso consistió en la aceptación y firma del consentimiento informado, tanto de manera verbal como escrita.

Asimismo, la presente investigación se rigió bajo los cuatro principios de la bioética, aceptados en cualquier plataforma ideológica: el principio de no maleficencia, justicia, autonomía y de beneficencia.

RESULTADOS

Los factores psicosociales bajos fueron las dimensiones papel laboral y desarrollo de la carrera (57,10 %), y se reforzó al tener el menor porcentaje como factor de riesgo alto; igualmente, la interacción social y aspectos organizacionales (55,70 %). La profesión más afectada fue enfermería, con un 27,10 %. El factor de riesgo psicosocial laboral calificado como alto fue la remuneración del

rendimiento (40,00 %), donde la profesión más afectada fue el técnico de enfermería (30 %), refrendado por tener el porcentaje más bajo como factor de riesgo bajo (24,30 %). Las dimensiones carga de trabajo y contenido y características

de la tarea se distribuyen casi uniformemente como factor de riesgo alto/medio/bajo, a diferencia de las exigencias de la tarea, en la cual predomina como un factor de riesgo alto (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de factores psicosociales laborales en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Chimbote, según dimensión

Dimensión	Factores psicosociales laborales					
	Bajo		Medio		Alto	
Condiciones del lugar de trabajo	28	40,00 %	18	25,70 %	24	34,30 %
Carga de trabajo	22	31,40 %	30	42,90 %	18	25,70 %
Contenido y características de la tarea	33	47,10 %	29	41,40 %	8	11,40 %
Exigencias de la tarea	29	41,40 %	16	22,90 %	25	35,70 %
Papel laboral y desarrollo de la carrera	40	57,10 %	26	37,10 %	4	5,70 %
Interacción social y aspectos organizacionales	39	55,70 %	21	30,00 %	10	14,30 %
Remuneración del rendimiento	17	24,30 %	25	35,70 %	28	40,00 %

Con respecto a sintomatología de ansiedad, el 22,90 % del personal de salud presentó síntomas, y los más afectados fueron los profesionales de enfermería (15,70 %); por el contrario, el personal médico manifestó síntomas mínimos (1,40 %). El 77,10 % del personal de UCI no presentó síntomas de ansiedad, con una distribución casi equitativa en todo el personal de salud (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de sintomatología de ansiedad en el personal de cuidados intensivos de un hospital público de Chimbote, según profesión

Profesión	Ansiedad		No ansiedad	
	n	%	n	%
Enfermera	11	15,70	23	32,90
Médico	1	1,40	15	21,40
Técnico de enfermería	4	5,70	16	22,90
Total	16	22,90	54	77,10

La sintomatología de depresión fue menor en comparación con la ansiedad (17,10 %), donde el personal de enfermería fue el más afectado (12,90 %); por el contrario, el personal médico manifestó síntomas mínimos (1,40 %). El 82,90 % del personal de UCI no presentó síntomas de depresión, y el personal de enfermería fue el que mostró mayor predominio (35,70 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de sintomatología de depresión en el personal de cuidados intensivos de un hospital público de Chimbote, según profesión

Profesión	Depresión		No depresión	
	n	%	n	%
Enfermera	9	12,90	25	35,70
Médico	1	1,40	15	21,40
Técnico de enfermería	2	2,90	18	25,70
Total	12	17,10	58	82,90

Factores psicosociales laborales y sintomatología ansiosa y depresiva en cuidados intensivos de un hospital público de Nuevo Chimbote

Las condiciones de trabajo, como factor de riesgo bajo, se asociaron con la ausencia de ansiedad (38,60 %). La carga de trabajo también se asoció a la ansiedad como factor de riesgo medio para la ausencia de ansiedad (37,10 %). El contenido y características de la tarea (38,60 %), así como las exigencias laborales (38,60 %), como factores de riesgo bajos, se asociaron a la falta de aparición de síntomas de ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre factores psicosociales laborales y la presencia de síntomas de ansiedad en el personal de cuidados intensivos de un hospital público de Chimbote

Factores psicosociales laborales		Ansiedad				*X ²	P
		Moderada-severa		No ansiedad			
		n	%	n	%		
Condiciones de trabajo	Bajo	1	1,40	27	38,60	9,455	0,0088
	Medio	6	8,60	12	17,10		
	Alto	9	12,90	15	21,40		
Carga de trabajo	Bajo	2	2,90	20	28,60	10,082	0,0065
	Medio	4	5,70	26	37,10		
	Alto	10	14,30	8	11,40		
Contenido y características de la tarea	Bajo	6	8,60	27	38,60	9,624	0,0081
	Medio	5	7,10	24	34,30		
	Alto	5	7,10	3	4,30		
Exigencias laborales	Bajo	2	2,90	27	38,60	8,608	0,0135
	Medio	4	5,70	12	17,10		
	Alto	10	14,30	15	21,40		
Papel laboral y desarrollo de la carrera	Bajo	10	14,30	30	42,90	4,468	0,1071
	Medio	5	7,10	21	30,00		
	Alto	1	1,40	3	4,30		
Interacción social y aspectos de la organización	Bajo	9	12,90	30	42,90	1,313	0,5172
	Medio	3	4,30	18	25,70		
	Alto	4	5,70	6	8,60		
Remuneración del rendimiento	Bajo	3	4,30	14	20,00	0,331	0,8475
	Medio	6	8,60	19	27,10		
	Alto	7	10,00	21	30,00		

El contenido y características de la tarea, como factores de riesgo bajo (41,40 %) y medio (35,70 %), se asoció con la ausencia de depresión. Las exigencias laborales, como factor de riesgo bajo, se asociaron con la ausencia de depresión (40 %). El papel laboral y el desarrollo de la tarea, como factores de riesgo bajo (48,60 %) y medio (30 %), se asoció con la falta de aparición de síntomas de depresión (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre factores psicosociales laborales y la presencia de síntomas de depresión en el personal de cuidados intensivos de un hospital público de Chimbote

Factores psicosociales laborales		Depresión				*X ²	P
		Sí		No			
		n	%	n	%		
Condiciones de trabajo	Bajo	1	1,40	27	38,60	5,228	0,0732
	Medio	5	7,10	13	18,60		
	Alto	6	8,60	18	25,70		

Factores psicosociales laborales		Depresión				* χ^2	P
		Sí		No			
		n	%	n	%		
Carga de trabajo	Bajo	2	2,90	20	28,60	3,625	0,1631
	Medio	4	5,70	26	37,10		
	Alto	6	8,60	12	17,10		
Contenido y características de la tarea	Bajo	4	5,70	29	41,40	8,361	0,0153
	Medio	4	5,70	25	35,70		
	Alto	4	5,70	4	5,70		
Exigencias laborales	Bajo	1	1,40	28	40,00	6,220	0,0446
	Medio	4	5,70	12	17,10		
	Alto	7	10,00	18	25,70		
Papel laboral y desarrollo de la carrera	Bajo	6	8,60	34	48,60	8,483	0,0144
	Medio	5	7,10	21	30,00		
	Alto	1	1,40	3	4,30		
Interacción social y aspectos de la organización	Bajo	6	8,60	33	47,10	1,743	0,4183
	Medio	3	4,30	18	25,70		
	Alto	3	4,30	7	10,00		
Remuneración del rendimiento	Bajo	2	2,90	15	21,40	0,352	0,838
	Medio	5	7,10	20	28,60		
	Alto	5	7,10	23	32,90		

DISCUSIÓN

El personal de salud, incluyendo los que laboran en UCI, desarrollan sus capacidades profesionales bajo ciertas exigencias laborales y emocionales ⁽²⁷⁾, debido al riesgo biológico, físico, ergonómico y mecánico. En este estudio, el enfoque se centra en los riesgos psicosociales, caracterizados porque el trabajador se desempeña bajo muchas carencias: de infraestructura, de remuneración, de tipo laboral, entre otras ⁽²⁸⁾.

La presente investigación aplicada al personal de salud de UCI evidenció que las dimensiones remuneración del rendimiento (40 %) y las exigencias laborales (35,70 %) se reconocieron como factores de riesgo psicosocial alto; además, se reportó un 22,90 % de presencia de ansiedad en el personal de salud, donde el grupo de enfermeras fue el más afectado. En una revisión sistemática realizada por Li et al., en 2021, se encontró un 28,90 % de ansiedad en trabajadores de salud durante el COVID-19 ⁽²⁹⁾; asimismo, otro estudio desarrollado por Morawa et al., en 2021, en Alemania, mediante encuesta telefónica, mostró resultados similares a la presente investigación, con valores de ansiedad entre 17,80 % y 19,00 % ⁽³⁰⁾. Por su parte, Liang et al., en el 2020, utilizaron el instrumento GAD-7, y reportaron ansiedad en el 22,90 % del personal médico en diferentes regiones de China ⁽³¹⁾. Wilson et al., en el 2020, aplicaron el cuestionario de salud pública-9, donde un 17,70 % de trabajadores de salud presentaron síntomas de ansiedad ⁽³²⁾. Lozano, en el

2020, determinó un 23,04 % de ansiedad en trabajadores de salud, de los cuales un 53,80 % presentó niveles de ansiedad moderado a severo ⁽³³⁾. En el presente estudio se obtuvo un 22,90 % de ansiedad, valor cercano al de los estudios internacionales. Además, se evidenció que las condiciones de trabajo (38,60 %), el contenido y características de la tarea (38,60 %), así como las exigencias laborales (38,60 %), al asociarse con la aparición de ansiedad, se comportaron como factores de riesgo bajo, mientras que la sobrecarga de trabajo, al asociarse con la ansiedad, se comportó como factor de riesgo medio (37,10 %).

En nuestro estudio se encontró un 17,10 % de depresión en el personal de salud, en donde el grupo de enfermeras fue el más afectado (12,90 %). A nivel internacional, un estudio multicéntrico realizado por Chew et al., en el 2020, intentó asociar los resultados psicológicos y los síntomas físicos de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. Aplicaron la escala DASS-21 y reportaron un 5,30 % con depresión moderada a muy grave y un 2,20 % con depresión moderada a extremadamente grave ⁽³⁴⁾. En el estudio de Awano et al., en el 2020, realizado en Japón, aplicaron la escala CES-D a 848 trabajadores de salud y encontraron un 27 % de depresión, en donde el grupo de enfermeras fue el más afectado ⁽³⁵⁾. El estudio de Wilson et al., en el 2020, en donde se utilizó la escala de trastorno de ansiedad generalizada-7, reveló un 11,40 % de casos de depresión ⁽³²⁾. En el 2020, en China, Lozano

determinó el impacto de la pandemia del coronavirus en trabajadores sanitarios y la población en general, en donde un 16,50 % de trabajadores presentaron depresión⁽³³⁾. Li et al., en el 2021, realizaron un metaanálisis, y reportaron una prevalencia de depresión del 21,70 %⁽²⁹⁾. Por otro lado, Liang et al. evaluaron los síntomas de depresión en 89 médicos de primera línea de COVID-19 a través del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), y encontraron que un 13,14 % de ellos presentó depresión⁽³¹⁾. Estos últimos estudios realizados en China tuvieron resultados similares a nuestro estudio de depresión (17,10 %) en trabajadores de UCI del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

En la presente investigación, al evaluar la asociación entre las dimensiones de los factores psicosociales laborales con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, se encontró asociación significativa para algunas de sus dimensiones. Al compararse con otros antecedentes, el estudio realizado por Morawa et al., en el 2021, en Alemania, obtuvo valores de depresión entre 17,40 % y 21,60 %, además, se encontró asociación entre la depresión y la recuperación insuficiente durante el tiempo libre, mayor consumo de alcohol y menor confianza en los compañeros en situaciones difíciles en el trabajo. Aunque en nuestro estudio no se trató esta variable, guarda relativa analogía con la dimensión de los factores psicosociales laborales interacción social y aspectos organizacionales⁽³⁰⁾.

En conclusión, una de las razones por las que los niveles de ansiedad y depresión se vieron elevados se debió a las estrictas medidas políticas de aislamiento social adoptadas por nuestras autoridades de salud como una manera de evitar los contagios, lo que pudo significar que la población general presentó elevadas proporciones de depresión debidas al aislamiento y no exclusivamente a la enfermedad. En este estudio también se puede evidenciar que el contenido y características de la tarea (41,40 %), las exigencias laborales (40 %), así como el papel laboral y el desarrollo de la tarea (48,60 %), al asociarse con la aparición de ansiedad, se comportaron como factores de riesgo bajos; mientras que estas dos mismas variables (contenido y características de la tarea y el papel laboral y desarrollo de la tarea), al asociarse con la ansiedad, se comportaron como factor de riesgo medio (35,70 % y 30 %) en menor porcentaje. Además, es necesario mencionar que el personal de salud está expuesto a altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y agotamiento, los cuales pueden ser sostenibles en el tiempo; y en casos extremos, pueden existir reportes de sentimientos de ira, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, nerviosismo, preocupación y menos episodios de satisfacción frente a la exigencia laboral que se afronta cuando se asiste a pacientes críticos que están en la UCI.

Contribución de los autores: WATU conceptualizó y diseñó

la metodología, condujo la investigación y analizó los datos. Asimismo, redactó el borrador inicial y la versión final y realizó su revisión; igualmente, gestionó el financiamiento y suministró los recursos para la investigación.

Fuentes de financiamiento: Este artículo ha sido financiado por el autor.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias Y, Herreo Y, Cabrera Y, Chibás D, García Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020;1(19):1-13.
2. Luceño Moreno L, Martín García J, Rubio Valdehita S, Díaz Ramiro EM. Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. Edupsykhé [Internet]. 2004;3(1):95-108.
3. Carrasco-González A, De la Corte C, León Rubio J. Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral, Sevilla [Internet]. Researchgate; 2010. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/257303903>
4. Cheng W-J, Pien L-C, Cheng Y. Occupation-level automation probability is associated with psychosocial work conditions and workers' health: A multilevel study. Am J Ind Med [Internet]. 2021;64(2):108-17.
5. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021 [Internet]. INEGI; 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
7. Ipsos. Día mundial de la salud mental 2022 [Internet]. Ipsos; 2022. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/dia-mundial-de-la-salud-mental-2022#:~:text=En%20el%20caso%20de%20Per%C3%BA,seguido%20en%20su%20salud%20mental>
8. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. Informe técnico de los factores de riesgo psicosocial en trabajadores de Lima metropolitana [Internet]. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Disponible en: http://www.trabajo.gob.pe/CONSEJO_REGIONAL/PDF/documentos5.pdf
9. Instituto Nacional de Salud. Ley N° 29783. Ley de Seguridad y Salud en el trabajo [Internet]. El Peruano; 2011. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/Ley%2029783%20SEGURIDAD%20SALUD%20EN%20EL%20TRABAJO.pdf>
10. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgo Profesionales. Ministerio de la Protección Social; 2007. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/riesgosProfesionales/Documents/ENCUESTA%20SALUD_RP.pdf
11. Iglesias S. Estrés postraumático en trabajadores de salud expuestos a COVID-19. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2020;23(3):363-5.
12. Moreno Jimenez B, Baez Leon C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid; 2010. Disponible en: <https://>

- www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf
13. Saldaña Orozco C, Delfín-Ruiz C, Cano Guzmán R, Peña Valencia EJ. Estrés, factores psicosociales y su impacto en la mujer trabajadora. *Rev Venez Gerenc* [Internet]. 2022;27(99):1115-25.
 14. Estupiñán Ruiz CA, Gallego-Ardila AD. Factores psicosociales y laborales asociados al agotamiento laboral en profesionales sanitarios de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia. *Fisioter* [Internet]. 2023;45(1):4-12.
 15. Esteban Nieto NT. Tipos de investigación [Internet]. Universidad Santo Domingo de Guzmán; 2018. Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
 16. Velásquez Hernández A. La investigación cualitativa y la investigación cuantitativa. *Revista de investigación UNMSM* [Internet]. 2014;7(11):72-91.
 17. Da Rosa S, Chalfin M, Baasch D, Soares J. Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2011;10(1):175-88.
 18. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2019;30(1):36-49.
 19. Ministerio de Salud. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios [Internet]. Ministerio de Salud; 2006. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3372.pdf>
 20. Pando Moreno M, Varillas W, Aranda Beltrán C, Elizalde Núñez F. Análisis factorial exploratorio del 'Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo' en Perú. *An Fac Med* [Internet]. 2016;77(4):365-71.
 21. Cifuentes-Casquete K, Escobar-Segovia KF. Factores de riesgos psicosociales y síndrome de burnout en un hospital de Guayaquil, ante la emergencia sanitaria por COVID-19. *Rev Cienc Pedagóg Innov* [Internet]. 2021;9(1):43-50.
 22. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin* [Internet]. 2021;156(9):449-58.
 23. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur* [Internet]. 2012;10(5):466-79.
 24. Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, García-Manglano J, Sádaba-Chalezquer C, López-Madrigal C, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Rev Ecuat Neurol* [Internet]. 2021;30(2):40-7.
 25. Cruz H, Lupercio CP, Collas AJ, Castro RE. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2016;39(1):47-58.
 26. Pfeiffer ML. Responsabilidad social en la investigación con humanos. *Derecho PUCP* [Internet]. 2012;(69):225-44.
 27. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020;8(6):e790-8.
 28. Díaz-Naranjo D. Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *Revista CES Salud Pública* [Internet]. 2011;2(1):80-84.
 29. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(3):e0246454.
 30. Morawa E, Schug C, Geiser F, Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, et al. Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *J Psychosom Res* [Internet]. 2021;144(110415):110415.
 31. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel Coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(18):6550.
 32. Wilson W, Raj JP, Rao S, Ghiya M, Nedungalaparambil NM, Mundra H, et al. Prevalence and predictors of stress, anxiety, and depression among healthcare workers managing COVID-19 pandemic in India: A nationwide observational study. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2020;42(4):353-8.
 33. 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* [Internet]. 2020;83(1):51-6.
 34. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;88:559-65.
 35. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, depression, and resilience of healthcare workers in Japan during the Coronavirus disease 2019 outbreak. *Intern Med* [Internet]. 2020;59(21):2693-9.

Correspondencia:


Washington Alfonso Trujillo-Ulloa

Dirección: Urbanización Santa Rosa Mz L lote 24. Chimbote, Perú.

Teléfono: +51 965 616 510

Correo electrónico: washi0910@hotmail.com

Recibido: 26 de septiembre de 2023
Evaluado: 23 de octubre de 2023
Aprobado: 26 de octubre de 2023

© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iD

Washington Alfonso Trujillo-Ulloa  <https://orcid.org/0000-0002-8315-9943>.