

Percepción de riesgo a COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de un hospital peruano: estudio transversal analítico

Dante M Quiñones-Laveriano^{a*}, Hillary Guillen-Vidarte^b, Claudia Benavides-Luyo^b,
Jhony A De La Cruz-Vargas^a

^a Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima, Peru

^b Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

*** Autor de correspondencia**

dante.quinones@urp.edu.pe

Citación

Quiñones-Laveriano DM, Guillen-Vidarte H, Benavides-Luyo C, De La Cruz-Vargas JA. Percepción de riesgo a COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de un hospital peruano: estudio transversal analítico. *Medwave* 2022;22(02):002513

DOI

10.5867/medwave.2022.02.002513

Fecha de envío

Jul 10, 2021

Fecha de aceptación

Jan 20, 2022

Fecha de publicación

Mar 23, 2022

Palabras clave

COVID-19, percepción, riesgo, salud mental

Correspondencia a

Jirón Junín # 881 Dep. C - 103, Lima, Peru

Resumen

Introducción

El COVID-19 atemoriza a profesionales sanitarios, pudiendo afectar su salud mental. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre la percepción de riesgo a COVID-19 y la salud mental en trabajadores de un hospital peruano.

Método

Estudio transversal analítico, mediante encuesta virtual. Las variables dependientes fueron depresión, ansiedad y estrés. La variable independiente fue percepción de riesgo a COVID-19 y las covariables fueron datos sociodemográficos, familiares, laborales y clínicos. Se hallaron razones de prevalencia crudas y ajustadas con un intervalo de confianza al 95% y un nivel de significancia del 5%.

Resultados

No hubo asociación entre percepción de riesgo y depresión (razón de prevalencia ajustado: 0,98; intervalo de confianza 95%: 0,89 a 1,08), ansiedad (razón de prevalencia ajustado: 0,94; intervalo de confianza 95%: 0,89 a 1,00), estrés (razón de prevalencia ajustado: 0,89; intervalo de confianza 95%: 0,76 a 1,04). En el análisis multivariado se encontró asociación entre depresión con contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia ajustados: 2,06; intervalo de confianza 95%: 1,14 a 3,70) y con tener una comorbilidad (razón de prevalencia ajustados: 2,56; intervalo de confianza 95%: 1,52 a 4,30); entre ansiedad con número de hijos (razón de prevalencia ajustados: 1,09; intervalo de confianza 95%: 1,00 a 1,18), con contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia ajustados: 2,67; intervalo de confianza 95%: 1,46 a 4,85) y con tener comorbilidad (razón de prevalencia ajustados: 2,00; intervalo de confianza 95%: 1,40 a 2,86); entre estrés con contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia ajustados: 2,86; intervalo de confianza 95%: 1,20 a 6,83).

Conclusiones

No hubo asociación entre percepción de riesgo y depresión, ansiedad ni estrés. Hubo asociación entre depresión, ansiedad y estrés, cada uno con el contacto directo con pacientes COVID-19; entre ansiedad y depresión, cada uno con tener comorbilidades, y ansiedad con el número de hijos.

IDEAS CLAVE

- ◆ La salud mental de los trabajadores de salud se ha afectado enormemente durante la pandemia.
- ◆ Existen escasas investigaciones de los determinantes que afectan la salud mental durante la primera ola peruana.
- ◆ Al ser un estudio transversal, no permite realizar inferencias causales.
- ◆ Si bien no hubo asociación con la percepción de riesgo, sí hubo con tener contacto directo con pacientes COVID-19, tener comorbilidades o número de hijos.

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020 fue declarada la pandemia de COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1]. En Perú, para finales de junio de 2020, se tenían 2 033 606 infectados y 190 906 fallecidos [2], provocando un colapso sanitario y un gran impacto social. Además, se observó que las tasas de infección han vuelto a incrementarse en muchas regiones del mundo, incluyendo América Latina, siendo Perú uno de los países más afectados a nivel mundial [3].

El personal hospitalario está en riesgo debido al constante contacto con pacientes infectados. Por ello, su protección es trascendental para enfrentar la pandemia, ya que su infección disminuye la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Esto es especialmente cierto en contextos como el peruano, en el que se carece de elementos de protección personal apropiados y acordes a la situación [4]. En un estudio en Estados Unidos, la disponibilidad de la mayoría de los elementos de protección personal está por debajo del 50% [5]. En Colombia, un estudio en 521 profesionales de la salud reveló que el 47,9% no había recibido capacitaciones acerca del uso de elementos de protección personal en el contexto de la pandemia [6]. Por otro lado, en un estudio de 5210 pobladores paraguayos, se obtuvo una mayor percepción de riesgo de contagio cuando presentaban a un familiar o amigo sospechoso o expuesto a COVID-19 [7].

El personal de salud se encuentra en una situación sin precedentes, sumado a la toma de decisiones difíciles y a trabajar bajo presiones extremas. Además, debe deliberar en situaciones como el asignar recursos limitados a pacientes igualmente necesitados y está sometido al riesgo de infectarse por COVID-19 por una inadecuada protección.

Todas estas circunstancias pueden causar problemas de salud mental en estos trabajadores. Entre los problemas destacan el estrés, depresión o ansiedad [8,9]. En el entorno peruano, a pesar de la gran vulnerabilidad del personal de salud, no se ha explorado el estado de salud mental. Es por ello que el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la percepción de riesgo a COVID-19 e indicadores de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de un hospital peruano.

MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO Y CONTEXTO

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico en los trabajadores del Hospital de Chancay, ubicado en Lima. Se aplicó una encuesta entre julio y agosto de 2020 a un total de 588 trabajadores.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por trabajadores del referido hospital durante el tiempo de estudio. El tamaño de muestra se halló basándonos en la comparación de la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión, de acuerdo a diferentes categorías de percepción del riesgo a COVID-19 o a la pandemia en general [10–12]. Estos tres cálculos se encontraron usando el programa EPIDAT 4.2, con una potencia del 80% y un nivel de confianza de 95%. De ellos, se escogió aquel que nos dio un mayor número [12], con el cual se esperaba encontrar una razón de prevalencias de ansiedad/depresión en trabajadores de salud de 1,6 de acuerdo al miedo de sentirse desprotegido frente a COVID-19. El resultado fue una muestra total de 228 trabajadores de la salud.

Se incluyó a todos los trabajadores que aceptaron responder el cuestionario de forma voluntaria y dieron su consentimiento informado. Se excluyó al trabajador que cursó con depresión o cualquier patología psiquiátrica antes o durante el tiempo de estudio, los que no llenaron correctamente el instrumento de recolección de datos y los que tuvieron dificultad para la lectura de la encuesta, impidiéndoles contestar las variables de interés.

Si bien la muestra prevista fue de 228, la muestra alcanzada fue de 191 participantes. Esta permitió una potencia estadística *a priori* para hallar la asociación entre percepción de riesgo de COVID-19 con estrés de 98%, con ansiedad de 99% y con ansiedad/depresión de 73%, según los antecedentes revisados.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

La encuesta incluyó secciones de preguntas sociodemográficas, estado de salud, situación laboral, familiar y sobre el contacto con pacientes COVID-19. Asimismo, para la percepción de riesgo a COVID-19 se empleó la escala validada previamente

[13]: Percepción de medidas de seguridad y exposición al riesgo en los trabajadores. Esta escala fue validada a través del juicio de 12 expertos, quienes analizaron la relevancia, representatividad y claridad de los ítems. Respecto a la confiabilidad, tiene un α de Cronbach de 0,8. A través de cuatro preguntas con respuesta de cinco categorías según escala de Likert, se mide las percepciones acerca de las medidas de seguridad y la exposición al riesgo ante el posible contagio. Esta escala no solo evalúa aspectos individuales del encuestado, sino también a su entorno, a sus compañeros y a las condiciones laborales.

Para estudiar el estado de salud mental, se empleó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) [14]. La subescala de depresión considera aspectos relacionados con el bajo afecto positivo como la disforia, desesperanza, tristeza o anhedonia. En cambio, la subescala de ansiedad evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica o la excitación autonómica (sudor de manos, temblor, entre otros), y experiencias subjetivas de ansiedad. Por otro lado, la subescala de estrés evalúa la dificultad para estar relajado, excitación nerviosa, agitación, irritabilidad y la impaciencia.

El instrumento utilizado es un paquete de tres escalas (de siete ítems cada una) de tipo Likert, de cuatro puntos de severidad/frecuencia para medir la extensión de cuáles estados han experimentado durante la semana pasada. En la encuesta se encuentran las opciones:

- 0: No me ha ocurrido.
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

Luego se suma lo obtenido de los ítems de estrés, ansiedad y depresión, los cuales se dividen en:

Depresión:

- Leve: 5 a 6.
- Moderada: 7 a 10.
- Severa: 11 a 13.
- Extremadamente severa: 14 o más.

Ansiedad:

- Leve: 4.
- Moderada: 5 a 7.
- Severa: 8 a 9.
- Extremadamente severa: 10 o más,

Estrés:

- Leve: 8 a 9.
- Moderado: 10 a 12.
- Severo: 13 a 16.
- Extremadamente severo: 17 o más [15].

Las escalas de depresión, ansiedad y estrés presentaron un α de 0,85; 0,73 y 0,83 respectivamente. En conjunto, el DASS-21 presentó un α de 0,91 [15].

PROCEDIMIENTOS

Se solicitaron los premisos requeridos en la institución donde se recolectaron los datos, previa aprobación de un comité de ética. Posteriormente, se procedió con la recolección de datos con las encuestas virtuales, enviadas a través de correos electrónicos a los trabajadores a partir de un padrón proporcionado y autorizado por el hospital. Se aplicó la encuesta según los criterios de selección y fueron llenadas por los participantes de manera anónima hasta acercarse lo más posible al tamaño muestral mínimo planteado.

Una vez finalizada la recolección de datos, se realizó una intervención educativa con un video informativo sobre una buena salud mental e indicaciones específicas sobre cómo sobrellevar la problemática actual de pandemia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis se usó el programa Stata v14. Se expresaron las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y las numéricas mediante medidas de tendencia central y dispersión, acorde a su distribución. Cuando la distribución fue no normal se utilizó mediana y el rango intercuartílico. Si la distribución fue normal, se utilizó media y desviación estándar. Ocho participantes no contestaron la pregunta si hacían rotaciones en emergencia. El análisis de las variables sobre la convivencia con pareja e hijos fue hecho sólo sobre quienes contestaron que sí tenían pareja o hijos, respectivamente.

Para el análisis inferencial, se usó la regresión de Poisson con varianzas robustas, para hallar razones de prevalencia crudas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Ingresaron al modelo multivariado la variable independiente principal que fue la percepción del riesgo a COVID-19, y las otras variables independientes que hayan tenido asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado. Para todos los casos, se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

ASPECTOS ÉTICOS

Toda la información fue utilizada con fines exclusivamente científicos y se manejó de forma anónima, de tal modo que los autores no tuvieron acceso a la identificación de los trabajadores. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma con oficio número PG-022-2020, ajustándose a las normas de la declaración de Helsinki. Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación, se explicó los objetivos del estudio al área de salud ocupacional del hospital donde se hizo la investigación. Antes de cada encuesta por vía electrónica, se aplicó un consentimiento informado explicando la finalidad científica de la investigación, los alcances y resultados esperados. En esta instancia también se socializó la importancia de identificar la percepción de exposición al riesgo de COVID-19, valorar la salud mental y reconocer los beneficios que se obtuvieron de la participación en este

estudio. Se identificó como beneficio el brindar una mejor atención a los trabajadores de la salud para ser diagnosticados y tratados a tiempo.

Culminada la recolección de datos, se realizó una intervención informativa utilizando recursos virtuales para promover una buena salud mental, preparada específicamente para esta población a partir de las siguientes guías basadas en directrices de la OMS: Habilidades psicosociales básicas guía del personal de primera línea de Respuesta COVID-19, Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19 [16] y la Guía de intervención mhGAP [17]. Este material audiovisual fue revisado por los directivos del hospital, quienes dieron su aprobación y facilitaron su socialización a todo el personal del hospital.

RESULTADOS

De los 191 trabajadores de salud evaluados, 48,2% fueron varones, la media de edad fue 44,5 años. La mayoría fueron médicos (48,2%), seguido de enfermeros (19,4%) y profesionales en obstetricia (7,8%). Asimismo, el 44,8% realizaba rotaciones en emergencia y 74,3% tenía contacto directo con pacientes COVID-19 (Tabla 1). De los encuestados el 46,6% cursaba con depresión, 60,7% con ansiedad y 27,8% con estrés, en diferentes niveles (Tabla 2).

Con respecto a depresión, no se encontró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Por otro lado, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable de contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia: 2,72 e

Tabla 1. Características generales de trabajadores del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto de 2020.

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo masculino	99	48,2%
Edad (años)¹	44,5	± 9,9
Estado civil		
Casado	107	56%
Conviviente	21	10,9%
Divorciado	51	26,7%
Soltero	5	2,7%
Viudo	7	3,7%
Tiene pareja	159	83,2%
Convive con pareja	135	84,9%
Tiene hijos	135	70,7%
Número de hijos ¹	2,2	± 0,9
Convive con hijos	130	96,2%
Convive con familiar adulto mayor	118	61,8%
Ocupación		
Médico	92	48,2%
Enfermero	37	19,4%
Obstetra	15	7,8%
Técnico de enfermería	9	4,7%
Químico farmacéutico	4	2,1%
Administrativo	22	11,5
Otros	12	6,3%
Área o servicio		
Área administrativa	21	11%
Pediatría	16	8,4%
Medicina	58	30,4%
Ginecología	24	12,6%
Cirugía	36	18,8%
Farmacia	36	18,8%
Realiza rotaciones en emergencia	82	44,8%
Tiene contacto directo paciente COVID-19	142	74,3%
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más	128	67%
Tiene alguna comorbilidad	120	62,8%
Percepción de riesgo a COVID-19 (puntaje)¹	6,21	± 1,8

¹Media ± desviación estándar.

Fuente: tabla elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

Tabla 2. Niveles de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores del hospital de Chancay, periodo julio a agosto de 2020.

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Sin depresión	102	53,4%
Con depresión	89	46,6%
Depresión leve	35	18,3%
Depresión moderada	38	19,9%
Depresión severa	14	7,3%
Depresión extremadamente severa	2	1,1%
Ansiedad		
Sin ansiedad	75	39,3%
Con ansiedad	116	60,7%
Ansiedad leve	24	12,6%
Ansiedad moderada	58	30,4%
Ansiedad severa	19	9,8%
Ansiedad extremadamente severa	15	7,9%
Estrés		
Sin estrés	138	72,3%
Con estrés	53	27,8%
Estrés leve	25	13,1%
Estrés moderado	22	11,5%
Estrés severo	6	3,1%

Fuente: tabla elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

intervalo de confianza 95%: 1,53 a 4,83; razón de prevalencia ajustados: 2,06 e intervalo de confianza 95%: 1,14 a 3,70), al igual que la variable de presencia de alguna comorbilidad (razón de prevalencia: 0,98 e intervalo de confianza 95%: 0,90 a 1,07; razón de prevalencia ajustados: 0,98 e intervalo de confianza 95%: 0,89 a 1,08) (Tabla 3).

Con respecto a la variable ansiedad, no se encontró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Por otro lado, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable número de hijos (razón de prevalencia: 1,13 e intervalo de confianza 95%: 1,05 a 1,22; razón de prevalencia ajustados: 1,09 e intervalo de confianza 95%: 1,00 a 1,18), al igual que contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia: 2,99 e intervalo de confianza 95%: 1,80 a 4,94; razón de prevalencia ajustados: 2,67 e intervalo de confianza 95%: 1,46 a 4,85). Lo mismo sucedió con la variable de presencia de alguna comorbilidad (razón de prevalencia: 2,04 e intervalo de confianza 95%: 1,48 a 2,83; razón de prevalencia ajustados: 2,00 e intervalo de confianza 95%: 1,40 a 2,86) (Tabla 4).

En última instancia, la variable de estrés no mostró asociación con la percepción de riesgo a COVID-19. Sin embargo, en el análisis multivariado se encontró asociación con la variable de tener contacto directo con paciente COVID-19 (razón de prevalencia: 3,31 e intervalo de confianza 95%: 1,39 a 7,86; razón de prevalencia ajustados: 2,86 e intervalo de confianza 95%: 1,20 a 6,83) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La pandemia por COVID-19 ha comprometido al personal de salud a un enfrentamiento sanitario sin precedentes, con un alto impacto emocional producto de afrontar frustraciones, impotencia, problemas de adaptación y miedo a la discriminación [9,18]. En el presente estudio se reporta un alto porcentaje de ansiedad, depresión y estrés, así como algunos factores asociados. Por ende, la evidencia de estos síntomas sugiere que además de confrontar diariamente a COVID-19 los trabajadores de la salud deben luchar por mantener una adecuada salud mental. Al ser un estudio realizado en trabajadores de un hospital de nivel 2, con capacidad de atención a pacientes COVID-19 y con características muy similares a la de otros hospitales peruanos, los resultados de este estudio podrían ser generalizables a otros nosocomios del país, con la precaución que merece el haber sido realizado un muestreo no probabilístico.

No se encontró asociación entre la salud mental y la percepción de riesgo en los trabajadores evaluados en el presente estudio. Esto es diferente a lo reportado en estudiantes universitarios, donde la percepción de riesgo e impacto frente a COVID-19 sí se asoció significativamente con la ansiedad [10]. Esto probablemente se deba a que el personal de salud tiene conocimientos apropiados sobre los protocolos y equipos de protección personal, lo cual podría conferirles mayor sensación de seguridad, como señala Kasun *et al.* [19]. Lo mismo sucede con lo observado en un estudio realizado en enfermeras en Estados Unidos [20]. Por otro lado, la pregunta del cuestionario que reveló mayor percepción de riesgo fue la relacionada con el riesgo percibido por trabajar en el hospital (“considero que por mis condiciones del trabajo me expongo a un mayor riesgo de contagio en mi centro laboral”). Sin embargo, la percepción de riesgo aumenta cuando el trabajador está en contacto directo con pacientes positivos para COVID-19. Esta fue una variable asociada de manera estadísticamente significativa con los diversos indicadores de salud mental.

En el presente estudio se encontró asociación entre la ansiedad y el contacto directo con pacientes con COVID-19. En esta misma línea Jiambo *et al.* [9], encontraron que las enfermeras que tratan a pacientes COVID-19 presentan síntomas más graves de ansiedad. Esto podría verse agravado al laborar un mayor número de horas de lo habitual y tener una más exposición a pacientes con potencial riesgo de contagio. Asimismo, Zhang *et al.* [21], mencionan que el contacto con pacientes COVID-19 fue un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad entre los médicos. Este dato es especialmente relevante en áreas rurales donde las condiciones de trabajo eran precarias, a diferencia de áreas urbanas, debido principalmente a la escasez de equipos de protección personal. Esta asociación podría explicarse debido a que las largas jornadas laborales generan en los médicos miedo a contagiar a familiares e incapacidad al enfrentarse a pacientes críticos. En estos casos se recomienda promover intervenciones psicoterapéuticas, a través de un equipo especializado en salud mental, mediante técnicas de relajación, apoyo en redes sociales, la disposición de un espacio de descanso y establecer el

Tabla 3. Percepción de riesgo a COVID-19 y depresión en trabajadores del hospital de Chancay, periodo julio a agosto de 2020.

	Depresión		RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
	Presente	Ausente				
Género						
Masculino	43 (43,4%)	56 (56,8%)	Ref.	Ref.		
Femenino	46 (50%)	46 (50%)	1,15 (0,84 a 1,56)	0,365		
Edad	46,0 ± 9,4	43,2 ± 10,2	1,01 (1,00 a 1,03)	0,044	0,99 (0,97 a 1,00)	0,310
Tiene pareja						
No	14 (43,8%)	18 (56,2%)	Ref.	Ref.		
Sí	75 (47,2%)	84 (52,8%)	1,07 (0,70 a 1,65)	0,730		
Convive con pareja (n = 159)						
No	6 (25%)	18 (75%)	Ref.	Ref.		
Sí	69 (51,1%)	66 (48,9%)	2,04 (1,00 a 4,17)	0,050	1,43 (0,75 a 2,72)	0,271
Tiene hijos						
No	23 (41,1%)	33 (58,9%)	Ref.	Ref.		
Sí	66 (48,9%)	69 (51,1%)	1,19 (0,83 a 1,70)	0,341		
Número de hijos	1,8 ± 1,1	1,31 ± 1,4	1,17 (1,05 a 1,29)	0,003	1,10 (0,98 a 1,24)	0,077
Convive con hijos (n = 135)						
No	3 (60%)	2 (40%)	Ref.	Ref.		
Sí	63 (48,5%)	67 (51,5%)	0,81 (0,39 a 1,69)	0,572		
Convive con familiar adulto mayor						
No	33 (45,2%)	40 (54,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	56 (47,5%)	62 (52,5%)	1,04 (0,76 a 1,44)	0,764		
Realiza rotaciones en emergencia (n = 183)						
No	32 (39%)	50 (61%)	Ref.	Ref.		
Sí	56 (55,4%)	45 (44,6%)	1,42 (1,02 a 1,96)	0,033	0,94 (0,69 a 1,28)	0,708
Tiene contacto directo paciente COVID-19						
No	10 (20,4%)	39 (70,6%)	Ref.	Ref.		
Sí	79 (55,6%)	63 (44,4%)	2,72 (1,53 a 4,83)	0,001	2,06 (1,14 a 3,70)	0,016
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	25 (39,7%)	38 (60,3%)	Ref.	Ref.		
Sí	64 (50%)	64 (50%)	1,26 (0,88 a 1,79)	0,197		
Tiene alguna comorbilidad						
No	15 (21,1%)	56 (78,9%)	Ref.	Ref.		
Sí	74 (61,7%)	46 (38,3%)	2,91 (1,82 a 4,68)	< 0,001	2,56 (1,52 a 4,30)	< 0,001
Percepción total	6,1 ± 1,9	6,2 ± 1,6	0,98 (0,90 a 1,07)	0,720	0,98 (0,89 a 1,08)	0,712

IC: Intervalo de confianza; RP: Razón de prevalencia. RPa: Razón de prevalencia ajustado;
Fuente: tabla elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

acceso del personal de salud a una consulta integral psicológica para el correcto manejo de la ansiedad.

Dos de los hallazgos en el presente estudio fue la asociación entre tener alguna comorbilidad y depresión, y la asociación de una comorbilidad y ansiedad. Esta observación está en consonancia con el estudio de Sayedd *et al.* [19], donde se encontró que en población general de Bangladés, la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés fue mucho mayor en quienes tenían una comorbilidad preexistente en comparación con quienes no. Esta vinculación podría haberse encontrado también en el personal de salud, debido a la mayor conciencia de su situación de vulnerabilidad frente a COVID-19. Se recomienda dejar a disposición recursos para la salud mental, sobre todo en los que presenten una enfermedad crónica, ya que la idea de

riesgo percibida para contraer la enfermedad repercute en la salud mental del personal de salud.

Se observó una vinculación estadísticamente significativa entre el número de hijos y la presencia de ansiedad, algo similar fue reportado en un estudio realizado en población general de Polonia [22], donde la tenencia de hijos se relacionó a una mayor ansiedad durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, otro estudio halló que el tamaño familiar es un factor importante ligado a ansiedad durante la pandemia por COVID-19 [23]. Probablemente, ello se deba a que esto aumenta la preocupación porque algún miembro de la familia enferme y a una mayor responsabilidad económica para los trabajadores que son proveedores de sus familias.

Tabla 4. Percepción de riesgo a COVID-19 y ansiedad en trabajadores del hospital de Chancay, periodo julio a agosto de 2020.

	Ansiedad		RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor p
	Presente	Ausente				
Género						
Masculino	62 (62,6%)	37 (37,4%)	Ref.	Ref.		
Femenino	54 (58,7%)	38 (41,3%)	0,93 (0,74 a 1,17)	0,580		
Edad	45,4 ± 9,5	43,0 ± 10,4	1,00 (0,99 a 1,02)	0,109		
Tiene pareja						
No	19 (59,4%)	13 (40,6%)	Ref.	Ref.		
Sí	97 (61%)	62 (39%)	1,02 (0,76 a 1,40)	0,865		
Convive con pareja (n = 159)						
No	7 (29,2%)	17 (70,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	90 (66,7%)	45 (33,3%)	2,28 (1,20 a 4,32)	0,011	1,46 (0,85 a 2,50)	0,169
Tiene hijos						
No	27 (48,2%)	29 (51,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	89 (65,9%)	46 (34,1%)	1,36 (1,01 a 1,84)	0,040		
Número de hijos	1,7 ± 1,3	1,2 ± 1,1	1,13 (1,05 a 1,22)	0,001	1,09 (1,00 a 1,18)	0,035
Convive con hijos (n = 135)						
No	5 (100%)	0 (0%)	Ref.	Ref.		
Sí	84 (64,6%)	46 (35,4%)	0,64 (0,26 a 1,59)	0,343		
Convive con familiar adulto mayor						
No	43 (58,9%)	30 (41,1%)	Ref.	Ref.		
Sí	73 (61,9%)	45 (38,1%)	1,05 (0,82 a 1,33)	0,687		
Realiza rotaciones en emergencia (n = 183)						
No	42 (51,2%)	40 (48,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	72 (71,3%)	29 (28,7%)	1,39 (1,08 a 1,77)	0,008	1,02 (0,84 a 1,25)	0,786
Tiene contacto directo paciente COVID-19						
No	12 (24,5%)	37 (75,5%)	Ref.	Ref.		
Sí	104 (73,2%)	38 (26,8%)	2,99 (1,80 a 4,94)	< 0,001	2,67 (1,46 a 4,85)	0,001
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	32 (50,8%)	31 (49,2%)	Ref.	Ref.		
Sí	84 (65,6%)	44 (34,4%)	1,29 (0,98 a 1,69)	0,067		
Tiene alguna comorbilidad						
No	26 (36,6%)	45 (63,4%)	Ref.	Ref.		
Sí	90 (75%)	30 (25%)	2,04 (1,48 a 2,83)	< 0,001	2,00 (1,40 a 2,86)	<0,001
Percepción total	5,9 ± 1,8	6,6 ± 1,7	0,92 (0,86 a 0,98)	0,018	0,94 (0,89 a 1,00)	0,067

IC: Intervalo de confianza; RP: Razón de prevalencia. RPa: Razón de prevalencia ajustado;
Fuente: tabla elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

Otro hallazgo es la relación entre depresión y el contacto directo con los pacientes positivos para COVID-19. Esto coincide con lo hallado por Di Tella *et al.* [24], donde se identifica que los profesionales sanitarios de primera línea que trabajan en salas COVID-19 tenían niveles más altos de depresión, debido a que estaban involucrados en el proceso de enfermedad y mortalidad de los pacientes más afectados, que dicho sea de paso conlleva también una alta carga emocional. Esta exposición a un mayor riesgo de contagio, poco tiempo de descanso, escasez de equipos de protección personal, entre otros aspectos, puede afectar de sobremanera al personal. Asimismo, Xu *et al.* [25], reportaron que, durante la primera ola de la pandemia, el

personal médico quirúrgico manifestó síntomas de depresión, probablemente debido al riesgo percibido de autoinfección. Esto se explicaría por la incertidumbre sobre el potencial de contagio de los pacientes que intervenían, ya que era muy difícil determinar si el paciente tuvo una exposición previa a COVID-19. Esta situación se gravaba en pacientes que requerían tratamiento quirúrgico por emergencia, intubaciones u otras intervenciones que requieran estrecho contacto con pacientes posiblemente infectados.

En contraste, Chen *et al.* [26], no encontraron asociación entre trabajar en primera línea y las horas de trabajo por semana con

Tabla 5. Percepción de riesgo a COVID-19 y estrés en trabajadores del hospital de Chancay, periodo julio a agosto de 2020.

	Estrés		RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
	Presente	Ausente				
Género						
Masculino	26 (26,3%)	73 (73,7%)	Ref.	Ref.		
Femenino	27 (29,4%)	65 (70,6%)	1,11 (0,70 a 1,76)	0,635		
Edad	44,2 ± 10,7	44,6 ± 9,6	0,99 (0,97 a 1,02)	0,798		
Tiene pareja						
No	10 (31,2%)	22 (68,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	43 (27%)	116 (73%)	0,86 (0,48 a 1,53)	0,622		
Convive con pareja (n = 159)						
No	3 (12,5%)	21 (87,5%)	Ref.	Ref.		
Sí	40 (29,6%)	95 (70,4%)	2,37 (0,79 a 7,07)	0,122		
Tiene hijos						
No	14 (25%)	42 (75%)	Ref.	Ref.		
Sí	39 (28,9%)	96 (71,1%)	1,15 (0,68 a 1,95)	0,590		
Número de hijos	1,8 ± 1,4	1,4 ± 1,2	1,18 (0,99 a 1,40)	0,053		
Convive con hijos (n = 135)						
No	3 (60%)	2 (40%)	Ref.	Ref.		
Sí	36 (27,7%)	94 (72,3%)	1,23 (0,77 a 2,04)	0,350		
Convive con familiar adulto mayor						
No	19 (26%)	54 (74%)	Ref.	Ref.		
Sí	34 (28,8%)	84 (72,2%)	1,10 (0,68 a 1,79)	0,678		
Realiza rotaciones en emergencia (n = 183)						
No	20 (24,4%)	62 (75,6%)	Ref.	Ref.		
Sí	31 (30,7%)	70 (69,3%)	1,25 (0,77 a 2,03)	0,350		
Tiene contacto directo paciente COVID-19						
No	5 (10,2%)	44 (89,8%)	Ref.	Ref.		
Sí	48 (33,8%)	94 (66,2%)	3,31 (1,39 a 7,86)	0,007	2,86 (1,20 a 6,83)	0,018
Realiza turnos de guardia de 12 horas o más						
No	15 (23,8%)	48 (76,2%)	Ref.	Ref.		
Sí	38 (29,7%)	90 (70,3%)	1,24 (0,74 a 2,09)	0,403		
Tiene alguna comorbilidad						
No	13 (18,3%)	58 (81,7%)	Ref.	Ref.		
Sí	40 (33,3%)	80 (66,7%)	1,82 (1,04 a 3,16)	0,034	1,69 (0,97 a 2,95)	0,063
Percepción total	5,8 ± 2,0	6,3 ± 1,6	0,88 (0,76 a 1,03)	0,131	0,89 (0,76 a 1,04)	0,159

IC: Intervalo de confianza; RP: Razón de prevalencia. RPa: Razón de prevalencia ajustado;
Fuente: tabla elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

la presencia de síntomas depresivos. Pero sí observaron una vinculación con la carga laboral. Los hallazgos de este estudio podrían explicarse debido a que, quienes trabajan en mayor cercanía con los pacientes infectados por COVID-19 no solo manifiestan síntomas de depresión ocasionado por el estrés crónico que genera un mayor riesgo de contagio, sino que también por desarrollar angustia psicológica tras tratar de mantener con vida aquellos pacientes afectados. Esto es especialmente determinante en un entorno de falta de recursos para una correcta atención y se agrava aún más cuando las horas de trabajo son especialmente largas. Ante esta problemática, se recomienda promover la contratación de mayor personal de salud para garantizar que cada trabajador tenga adecuadas horas de descanso, administrar de forma apropiada equipos de protección personal y asegurar intervenciones psicológicas para diagnosticar a tiempo síntomas sugestivos de depresión o

afectaciones en la salud mental, para brindar un tratamiento oportuno.

Se observó asociación entre haber tenido contacto directo con pacientes COVID-19 y el estrés. Este resultado es similar a los estudios de Boon *et al.* [27] y Wenshi *et al* [28], donde se reportó también que los trabajadores de primera línea tuvieron mayores niveles de estrés. Esto puede deberse a una repetida activación del sistema instintivo de estrés ante una situación amenazante como enfrentar en primera línea la pandemia y la gran sobrecarga laboral a la que fueron sometidos durante este periodo. Se recomienda que las instituciones tengan en cuenta esto para facilitar un horario de trabajo menos difícil, así como permitir el apoyo social y familiar al trabajador. Para ello, también es necesaria la colaboración de la sociedad en general.

El presente estudio tuvo como limitación el haber usado una encuesta validada como tamizaje, que sirve para la detección de síntomas, pero no para el diagnóstico médico de depresión, ansiedad y estrés. Asimismo, dado el desconocimiento sobre el estado inicial de los encuestados con respecto a los niveles de ansiedad, depresión y estrés antes del brote, es difícil decir con certeza si estos hallazgos pueden atribuirse a las circunstancias laborales durante la pandemia. Por otro lado, con respecto a la evaluación de la percepción del riesgo a COVID-19, el instrumento usado cuenta con pocos ítems por lo que podría no medir adecuadamente la percepción de riesgo. Sin embargo, esta encuesta ha sido validada previamente y no se cuentan con otros instrumentos disponibles, por lo que se optó por la mejor herramienta utilizable. Además, los datos provienen de una encuesta transversal por lo que no se puede hacer inferencias causales. Por otro lado, los datos se recopilaron a través de un cuestionario de autoinforme con el que se corre el riesgo de sesgo de respuesta en caso no se haya respondido con sinceridad. Para poder disminuir este sesgo, se decidió que la recolección de datos sea anónima para que no se tenga reparo en dar respuestas verdaderas por temor a la opinión de los superiores o investigadores. Otro potencial sesgo es el de selección, dado que quienes respondieron la encuesta podrían tener menor nivel de estrés y menor carga laboral (que podría asociarse a algunas variables independientes). Para disminuir este sesgo, la invitación fue repetida al menos dos veces para que aquellos que no respondieron en el primer envío de correo electrónico lo puedan hacer en una siguiente invitación. Finalmente, no se llegó al tamaño de muestra inicialmente planeado, lo que significó una ligera disminución de la potencia estadística para hallar asociación con ansiedad/depresión. A pesar de esto, se considera que los resultados son aún válidos ya que la probabilidad de un error tipo 2 sigue siendo relativamente baja.

CONCLUSIÓN

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de riesgo a COVID-19 e indicadores de salud mental en la población estudiada. Sin embargo, sí hubo asociación entre contacto directo con pacientes COVID-19 y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud, entre número de hijos y sintomatología de ansiedad en trabajadores de salud. Lo mismo sucedió entre comorbilidad y sintomatología de ansiedad en trabajadores de salud.

Se sugiere brindar apoyo para el bienestar con consiguiente reducción de síntomas de afectación en la salud mental del personal de primera línea.

Notas

Autoría

DMQL: conceptualización, metodología, software, validación, análisis formal, recursos, redacción (preparación del borrador original), redacción (revisión y edición), visualización,

supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos. HGV: conceptualización, validación, investigación, recursos, conservación de datos, redacción (preparación del borrador original, revisión y edición), visualización, supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos. CBL: validación, recursos, conservación de datos, redacción (preparación del borrador original, revisión y edición), visualización, supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos. JCV: metodología, validación, recursos, redacción (revisión y edición), visualización, supervisión, administración del proyecto y adquisición de fondos.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores. Los costos de publicación de este estudio fueron financiados por la Universidad Ricardo Palma.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma con oficio número PG-022-2020, además de ser registrado en el registro nacional de investigaciones en salud PRISA con el código EI00001396.

Declaración de acceso a datos

Material suplementario disponible en: <https://figshare.com/s/c9b365d76d42efdb2bfb>

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego.

Idioma del envío

Español.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS |. Organización Panamericana de la Salud 2020; <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional COVID-19 en el Perú. 2021 [cited 5 Jul 2021]. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Phillips D, Collins D, Jones S. Hospitals in Latin America buckling under coronavirus strain. The Guardian; 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/hospitals-in-latin-america-buckling-amid-coronavirus-strain>

4. The State Council of the People's Republic of China. China to strengthen COVID-19 infection control in medical institutions n.d. [cited 5 Jul 2021]. http://english.www.gov.cn/policies/latestreleases/202005/05/content_WS5eb103abc6d0b3f0e9496ff7.html
5. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. National survey shows dire shortages of PPE, hand sanitizer across the U.S. APIC. Assoc Prof Infect Control Epidemiol APIC; 2020. <https://apic.org/news/national-survey-shows-dire-shortages-of-ppe-hand-sanitizer-across-the-u-s/>
6. Mera-Mamián A, Delgado-Noguera M, Merchán-Galvis Á, Cabra G, Calvache JA. Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal durante la pandemia por COVID-19 en el Cauca. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca*. 2020;22: 16–23. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2020.v22.1581> <https://doi.org/10.47373/rfcs.2020.v22.1581>
7. Rios González CM, Rios González DN. Perception of the risk of the COVID-19 disease and its related factors in Paraguay. *Rev Nac (Itauguá)*. 2020;12: 4–15. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=2072-817420200002&lng=es&nrm=iso <https://doi.org/10.18004/rdn2020.dic.02.004.015>
8. 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: 51–56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687> <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
9. 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: e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976> <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
10. Dratva J, Zysset A, Schlatter N, von Wyl A, Huber M, Volken T. Swiss University Students' Risk Perception and General Anxiety during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17: 7433. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207433> <https://doi.org/10.3390/ijerph17207433>
11. Kuang J, Ashraf S, Das U, Bicchieri C. Awareness, Risk Perception, and Stress during the COVID-19 Pandemic in Communities of Tamil Nadu, India. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17: 7177. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197177> <https://doi.org/10.3390/ijerph17197177>
12. Amin F, Sharif S, Saeed R, Durrani N, Jilani D. COVID-19 pandemic- knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. *BMC Psychiatry*. 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02864-x> <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02864-x>
13. Mejía C, Rodríguez-Alarcon JF, Apaza-Sucaticona E, Montoya KG, Inga-Berrosipi F, Grandez-Urbina JA, et al. Perception of safety regarding COVID-19 protection measures in Peruvian resident physicians: Validation of an instrument n.d. [cited 2 Jul 2021]. https://www.researchgate.net/publication/350186473_Perception_of_safety_regarding_COVID-19_protection_measures_in_Peruvian_resident_physicians_Validation_of_an_instrument
14. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998;10: 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176> <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
15. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicol*. 2012;30: 49–55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005> <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
16. Committee I-A. Nota Informativa de cómo abordar la salud mental y aspectos psicosociales en el brote de COVID-19. Inter-Agency Standing Committee (IASC); 2020. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2.0. OPS; 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
18. Muñoz Fernández SI, Molina Valdespino D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*. 2020;41: 127. <https://doi.org/10.18233/APM41No4S1ppS127-S1362104>
19. Sayeed A, Kundu S, Al Banna MH, Christopher E, Hasan MT, Begum MR, et al. Mental Health Outcomes of Adults with Comorbidity and Chronic Diseases during the COVID-19 Pandemic: A Matched Case-Control Study. *Psychiatr Danub*. 2020;32: 491–498. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.491> <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.491>
20. Arnetz JE, Goetz CM, Sudan S, Arble E, Janisse J, Arnetz BB. Personal Protective Equipment and Mental Health Symptoms Among Nurses During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med*. 2020;62: 892–897. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001999> <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001999>
21. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89: 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639> <https://doi.org/10.1159/000507639>
22. Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Pers Individ Dif*. 2021;170. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110419>
23. Le HT, Lai AJX, Sun J, Hoang MT, Vu LG, Pham HQ, et al. Anxiety and Depression Among People Under the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam. *Front Public Health*. 2020;8: 589359. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589359>
24. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*. 2020;26: 1583–1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444> <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
25. Xu J, Xu Q-H, Wang C-M, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. 2020;288: 112955. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955> <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955>
26. Chen J, Liu X, Wang D, Jin Y, He M, Ma Y, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56: 47–55. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01954-1> <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01954-1>
27. Ng BH, Nuratiqah NA, Faisal AH, Soo CI, Low HJ, Najma K, et al. A descriptive study of the psychological experience of health care workers in close contact with A person with COVID-19. *Med J Malaysia*. 2020;75: 485–489. <http://www.e-mjm.org/2020/v75n5/COVID-19-psychological-experience.pdf>
28. Wu W, Zhang Y, Wang P, Zhang L, Wang G, Lei G, et al. Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and

adjustment strategy. J Med Virol. 2020;92: 1962–1970. <https://doi.org/10.1002/jmv.25914>

<https://doi.org/10.1002/jmv.25914>

Perception of risk to covid-19 and mental health indicators in workers of a Peruvian hospital: An analytical cross-sectional study

Abstract

Introduction

COVID-19 has caused great fear on health professionals and could affect their mental health, therefore it is important to determine the association between the perception of risk to COVID-19 and mental health in workers of a Peruvian hospital.

Methods

Analytical cross-sectional study, through virtual survey. The dependent variables were: depression, anxiety and stress; The independent variable was perception of risk to COVID-19 and the covariates: sociodemographic, family, work and clinical data. Crude and adjusted prevalence ratios were found with a 95% confidence interval and a significance level of 5%.

Results

There was no association between risk perception and depression (adjusted prevalence ratio: 0.98 95% confidence interval: 0.89 to 1.08), anxiety (adjusted prevalence ratio: 0.94 95% confidence interval: 0.89 to 1.00), stress (adjusted prevalence ratio: 0.89 95% confidence interval 0.76 to 1.04). In the multivariate analysis, an association was found between depression with direct contact with the COVID-19 patient (adjusted prevalence ratio: 2.06, 95% confidence interval: 1.14 to 3.70) and with having a comorbidity (adjusted prevalence ratio: 2.56 95% confidence interval: 1.52 to 4.30); likewise, between anxiety with number of children (adjusted prevalence ratio: 1.09 95% confidence interval: 1.00 to 1.18), with direct contact with COVID-19 patient (adjusted prevalence ratio: 2.67 95% confidence interval 1.46 to 4.85) and having comorbidity (adjusted prevalence ratio: 2.00 95% confidence interval: 1.40 to 2.86); finally, between stress with direct contact with the COVID-19 patient (adjusted prevalence ratio: 2.86, 95% confidence interval: 1.20 to 6.83).

Conclusions

No statistically significant association was found between risk perception and depression, anxiety, or stress. However, there was an association between depression, anxiety, and stress, each with direct contact with COVID-19 patients; between anxiety and depression, each with having comorbidities and, finally, anxiety with the number of children.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.