

Ansiedad en personal de salud de un Hospital del Ministerio de Salud durante la pandemia de COVID-19 en la Región Sur del Perú

Anxiety in health personnel of the Hospital of the Ministry of Health during the COVID-19 pandemic in the Southern Region of Peru

Agueda-Muñoz-del-Carpio-Toia¹, Yury Merma Barazorda¹, Walter L. Arias Gallegos¹
Lucía Begazo-Muñoz-del-Carpio¹, Francesca Diaz Del Olmo Calvo¹, Renzo Rivera¹,
Patricia Diaz Del Olmo Calvo¹, Paulina Patricia Valdivia Carazas¹,
Magly Liesbeth Larico¹, Tomás Caycho-Rodríguez¹

¹ Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

² Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

³ William Peace University, Carolina del Norte, Estados Unidos.

⁴ Emory & Henry University, Virginia, Estados Unidos.

⁵ Centro de Salud Mental Comunitario Hunter, Arequipa, Perú.

⁶ Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.



Recibido: 11/12/2024

Aceptado: 14/04/2025

Publicado: 03/09/2025

Autor correspondiente

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

Editor Responsable

Íván Barrios, PhD¹
Universidad Nacional de Asunción
San Lorenzo, Paraguay

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



RESUMEN

Introducción: La pandemia del COVID-19 ha afectado dramáticamente la salud mental de la población en general, pero de forma particular al personal de salud, por lo que se ha registrado un aumento de los niveles de ansiedad de médicos y enfermeras en diversos países. **Objetivo:** Determinar los niveles de ansiedad en personal de salud que labora en un hospital del Ministerio de Salud en Arequipa y su asociación con la atención de pacientes con COVID-19. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transeccional, en el que se evaluó a 147 trabajadores de salud un hospital del Ministerio de Salud mediante la Escala de Evaluación de la ansiedad de Zung. **Resultados:** El 53.1% del personal evaluado presenta ansiedad desde leve a severa, de los cuales, en el 66% de los casos se encuentra asociada con los dilemas éticos que presentan los trabajadores por atender pacientes infectados con COVID-19. **Conclusión:** Existe una asociación significativa entre la ansiedad y la atención de pacientes infectados por COVID-19.

Palabras clave: Ansiedad; COVID-19; Personal de Salud; Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: The pandemic of COVID-19 had affected dramatically the mental health of general population, but specifically the health personnel, so there were reported higher levels of anxiety in physicians and nurses in several countries. **Objective:** To determine the levels of anxiety in health personnel who work in Hospital from Ministry of Health Hospital from Arequipa City and its association with the attempt of patients with COVID-19. **Methodology:** This is a descriptive transectional study, in which there were assessed 147 healthcare workers in Hospital with and there Zung Anxiety Scale. **Results:** The 53.1% of the health personnel assessed presents some levels of anxiety, that is associated in the 66% of the cases with ethical dilemmas for working with people infected with COVID-19. **Conclusion:** There is a significant association between anxiety and the attempt of patients with COVID-19.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Healthcare Workers; Pandemic.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del 2019 se dio a conocer sobre un brote de una variedad de coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2) en Wuhan (China) (1), que se caracteriza por tos seca, malestar estomacal, dolor de garganta y fiebre; pero puede complicarse con neumonía, edema pulmonar y shock séptico (2). Conocida como COVID-19, la enfermedad causada por este virus, rápidamente se extendió por todo el mundo, con proporciones epidémicas al alcanzar a más de 15 millones de contagiados y una mortalidad elevada que afecta principalmente a los adultos mayores (3), a personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes y sobrepeso (4).

Ante la propagación del virus, los países cerraron sus fronteras y decretaron medidas de cuarentena y aislamiento social, afectando negativamente a diversos sectores económicos (5). Cabe resaltar que la letalidad del virus varía de un país a otro, según sus características demográficas, socioeconómicas y de la eficacia de sus sistemas de salud (6). En ese sentido, Perú registró su primer infectado el 6 de marzo del 2020, y el personal de salud fue considerado población de alto riesgo de contagio, ya que no se contaba con los implementos de seguridad adecuados, ni con pruebas moleculares, ventiladores, camas en hospitalización o en cuidados intensivos para tratar a los pacientes (7).

Asimismo, un aspecto que se ha visto afectado a la población en general y al personal de salud en particular, debido al aislamiento y al temor por contagiarse, es la salud mental (8). A nivel global se ha reportado un aumento de casos de esquizofrenia y delirio (9), mediado por las teorías conspirativas que se han difundido en las redes sociales y los medios de comunicación (10). Frente a ello se ha planteado la necesidad de informarse adecuadamente por medios oficiales y de mantener una rutina habitual que implique mantenerse ocupado con las actividades laborales y académicas, que se efectúan, en muchos casos, de forma virtual (11).

Para el caso del personal de salud, se ha tornado imprescindible reforzar los conocimientos en diversos niveles formativos (12), contar con medidas pertinentes de bioseguridad y ergonomía (13), y adoptar medidas laborales para reducir el impacto psicológico de las exigencias laborales en el contexto de la pandemia (14). En ese sentido, aunque también se ha reportado un incremento de diversos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo en la población (15), en el personal de salud el estrés, la ansiedad y la depresión se han incrementado de forma alarmante (16), siendo los médicos, los residentes y las enfermeras los más afectados (17-20). Todo ello ha motivado que se brinden de forma oficial diversas recomendaciones para reducir los efectos del estrés y promover una salud mental entre los trabajadores del sector (21,22).

Asimismo, se han movilizado esfuerzos para realizar estudios sobre el COVID-19 y su impacto en la salud física y mental de las personas, pero los estudios bibliométricos de la producción académica en América Latina revelan que muy pocos de ellos se han centrado en la salud mental del personal de salud (23,24). En Perú, por ejemplo, se ha reportado que la población está registrando niveles de ansiedad y depresión elevados, sobre todo en el sexo femenino y entre las personas de menor edad, siendo los síntomas más representativos la agorafobia, la tristeza, trastornos de sueño y sentimientos de cansancio (25).

En la región Arequipa, ubicada al sur del Perú, estudios previos a la pandemia han reportado que los niveles de estrés laboral de los médicos y enfermeras eran moderados, pero con mayores repercusiones emocionales para estas últimas (26-29). En ese sentido, el estrés se suele asociar, en etapas agudas, con la ansiedad (30); de modo que sería plausible hipotetizar que los niveles de ansiedad entre el personal asistencial de la ciudad de Arequipa serían moderados y altos. Estos niveles de ansiedad estarían mediados por el miedo al contagio del COVID-19 (31), la sobrecarga laboral y las excesivas demandas asistenciales en el contexto de la pandemia (32), así como la percepción del sufrimiento de los pacientes con COVID-19 (33).

Sin embargo, en Arequipa no existen estudios sobre el riesgo psicosocial de los trabajadores del ámbito de la salud durante la pandemia, por ello, la presente investigación pretende analizar los niveles de ansiedad en el personal de salud de un hospital de la ciudad, en función de las demandas que genera la atención de pacientes con COVID-19.

METODOLOGÍA

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal (34), en base a la aplicación de instrumentos de medición por medio de la técnica de autoreporte.

Participantes

La muestra estuvo conformada por personal de salud de ambos sexos, que trabajan en los servicios de UCI, emergencia, hospitalización y triaje de un hospital nivel II de la ciudad de Arequipa, en el sur de Perú. La selección de la muestra fue por medio de métodos no probabilísticos y la técnica de muestreo por cuotas.

Instrumentos

Se utilizó una ficha sociodemográfica para registrar los datos del personal de salud, tales como edad, sexo, tiempo de servicio, área en la que labora, si se tiene contacto con pacientes de COVID-19, si disponen de equipos de protección personal, si han sido capacitados para atender pacientes infectados con coronavirus, y si presentan dilemas éticos en su labor diaria.

Como instrumento de evaluación se aplicó la Escala de Evaluación de Ansiedad de Zung, que consta de 20 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert con cuatro niveles, desde “Nunca o raras veces” hasta “La mayoría de las veces”. Esta prueba valora los síntomas de la ansiedad y ofrece cuatro niveles diagnósticos: Sin ansiedad presente, ansiedad leve, moderada y severa. Sus propiedades psicométricas han sido analizadas en estudios latinoamericanos con adecuados índices de validez y confiabilidad, obtenidos mediante análisis factorial confirmatorio y el método de consistencia interna(35,36). En ese sentido, se ha confirmado su estructura unidimensional y se ha reportado un índice de confiabilidad superior a .7, por lo que el instrumento es válido y confiable.

Procedimiento

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). Se contó con la autorización de la Jefatura de Psiquiatría del Hospital y el consentimiento informado de los participantes. La evaluación del personal de salud se desarrolló dentro de las dentro de las instalaciones del hospital. Los datos se recolectaron entre mayo y julio del 2020 de forma individual.

Análisis de datos

Los datos se procesaron con el programa SPSS versión 25, aplicándose estadísticos descriptivos y pruebas inferenciales según el nivel de medición de las variables. Para determinar la asociación de los niveles de ansiedad con ciertos datos sociodemográficos y ciertas características de la atención de pacientes con COVID-19, se trabajó con la prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra que el 61.2 % del personal de salud evaluado es de sexo femenino y el 38.8 % de sexo masculino. Además, el 85.7 % del personal que tienen más de 30 años, el 12.9 % tiene entre 25 y 30 años, y el 1.4 % menos de 25 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 (viudos o divorciados).

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE SALUD

Datos sociodemográficos	F	%
Sexo		
Masculino	57	38.8
Femenino	90	61.2
Edad		
<25 años	2	1.4
De 25 a 30	19	12.9
Más de 30	126	85.7
Estado Civil		
Soltero	59	40.1
Casado	67	45.6
Conviviente	15	10.2
Otro	6	4.1
TOTAL	147	100

En la **Tabla 2** se aprecia que el 60,5 % de la muestra 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.

TABLA 2. DATOS FAMILIARES DEL PERSONAL DE SALUD

Datos familiares	F	%
Vivienda		
En casa de familia	89	60.5
En pensión	3	2.0
Casa propia o departamento	55	37.4
Nº de hijos		
Ninguno	80	54.4
Uno	21	14.3
Dos	32	21.8
Más de dos	14	9.5
Personas con las que vive		
Ambos padres	25	17.0
Papá	4	2.7
Mamá	14	9.5
Familiares de 1er grado	39	26.5
Pareja	48	32.7
Otros	17	11.6
TOTAL	147	100

En la **Tabla 3** se observa que según su ocupación, el 47,6 % de la muestra estuvo compuesta por médicos asistentes, el 19,7 % por médicos residentes, 23,8 % por enfermeras, el 6,8 % por técnicas de enfermería, el 1,4 % por personal de laboratorio y el 0,7 % por obstetras. En cuanto al servicio en que laboraban, 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.

TABLA 3. DATOS LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD

Datos laborales	Nº.	%
Ocupación		
Médico asistente	70	47.6
Residente	29	19.7
Enfermera	35	23.8
Obstetra	1	0.7
Laboratorio	2	1.4
Técnico de enfermería	10	6.8
Servicio		
Emergencia	46	31.3
UCI	14	9.5
Hospitalización emergencia varones	5	3.4
Hospitalización emergencia mujeres	11	7.5
Hospitalización cirugía varones	5	3.4
Hospitalización cirugía mujeres	5	3.4
Hospitalización de ginecoobstetricia	1	0.7
Otro	60	40.8
TOTAL	147	100

La **Tabla 4** muestra 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 % lo ignoraba. En cuanto a lo que más les abrumaba, el 40,1 % indicó que era que la falta de EPP, el 29,9 % 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 el 8,2 eran problemas diversos.

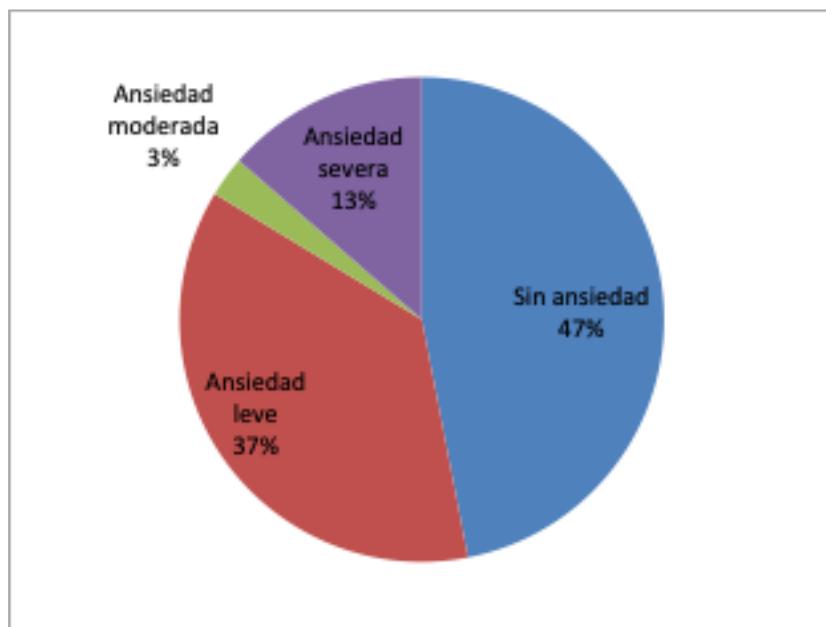
Además, el 68,7 % afirmó que el equipo de salud no estaba lo suficientemente capacitado para el cuidado de pacientes COVID-19. También se observa que al 89,8% del personal le preocupaba contagiarse cuando atendían a pacientes COVID-19, mientras que el 48,3 % señaló que no había recibido capacitación 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.

TABLA 4. DATOS RELACIONADOS AL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD

Datos relacionados al COVID-19	F	%
Contacto directo pacientes COVID		
Sí	54	36,7
No	28	19,0
No sabe	65	44,3
Qué es lo que más abruma		
Contacto con pacientes COVID 19	44	29,9
Guardias	3	2,0
Falta de EPP	59	40,1
Falta de personal	18	12,2
Falta de equipos médicos	10	6,8
Problemas personales	1	0,7
Otro	12	8,2
El equipo está capacitado		
Sí	17	11,6
No	101	68,7
No sabe	29	19,7
Le preocupa contagiarse cuando atiende a pacientes COVID		
Totalmente de acuerdo	72	49,0
De acuerdo	60	40,8
Indiferente	1	0,7
En desacuerdo	5	3,4
Totalmente en desacuerdo	9	6,1
Ha recibido capacitación		
Totalmente de acuerdo	22	15,0
De acuerdo	71	48,3
Indiferente	9	6,1
En desacuerdo	7	4,8
Totalmente en desacuerdo	38	25,9
Sabe el protocolo para atender pacientes sospechosos		
Totalmente de acuerdo	22	15,0
De acuerdo	71	48,3
Indiferente	9	6,1
En desacuerdo	7	4,8
Totalmente en desacuerdo	38	25,9
Dilema ético en atención de pacientes con COVID-19		
Sí	53	36,1
No	94	63,9
TOTAL	147	100

Respecto a los niveles de ansiedad del personal de salud evaluado se puede observar en la Figura 1 que el 46,9% (N=69) no presenta ansiedad; mientras que el 36,7 % (N= 54) tiene un nivel leve, el 2,7 % (N= 4) moderado y el 13,6% severo (N= 20). Es así que al dicotomizar los datos se muestra que el 53,1 % del personal de salud que participo del estudio tiene algún nivel de ansiedad.

FIGURA 1. NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD EVALUADO



Al analizar la relación entre la ansiedad con los diversos aspectos relativos a la atención de pacientes con COVID-19 en la muestra del personal de salud en la [Tabla 5](#) solo se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa con observar que hay dilemas éticos en el manejo de pacientes COVID ($\chi^2= 4,819$; $p= 0,028$), siendo así que la mayoría de personas que siente que hay problemas éticos tiene ansiedad (66 %).

TABLA 5. ANSIEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON DATOS RELACIONADOS AL COVID-19

COVID-19	Ansiedad					
	Presenta		No presenta		χ^2	p
	F	%	F	%		
Contacto directo con pacientes con COVID-19						
Sí	28	51,9	26	48,1	0,915	
No	13	46,4	15	53,6	0,633	
No sabe	37	56,9	28	43,1		
Qué es lo que más abruma						
Contacto con pacientes COVID-19	23	52,3	21	47,7	6,606	
Guardias	2	66,7	1	33,3	0,359	
Falta de EPP	28	47,5	31	52,5		
Falta de personal	10	55,6	8	44,4		
Falta de equipos médicos	5	50,0	5	50,0		
Problemas personales	0	0,0	1	100,0		
Otro	10	83,3	2	16,7		
El equipo está capacitado						
Sí	11	64,7	6	35,3	1,206	
No	53	52,5	48	47,5	0,547	
No sabe	14	48,3	15	51,7		
Le preocupa contagiarse cuando atiende a pacientes con COVID-19						
Totalmente de acuerdo	40	55,6	32	44,4	1,722	
De acuerdo	31	51,7	29	48,3	0,787	
Indiferente	0	0,0	1	100,0		
En desacuerdo	2	40,0	3	60,0		
Totalmente en desacuerdo	5	55,6	4	44,4		
Ha recibido capacitación						
Totalmente de acuerdo	6	46,2	7	46,2	0,452	
De acuerdo	27	51,9	25	51,9	0,978	
Indiferente	6	54,5	5	54,5		
En desacuerdo	7	58,3	5	58,3		
Totalmente en desacuerdo	32	54,2	27	54,2		
Sabe el protocolo para atender pacientes sospechosos						
Totalmente de acuerdo						
De acuerdo	9	40,9	13	59,1	4,115	
Indiferente	39	54,9	32	45,1	0,391	
En desacuerdo	3	33,3	6	66,7		
Totalmente en desacuerdo	5	71,4	2	28,6		
Observa dilema ético en la atención de pacientes con COVID-19	22	57,9	16	42,1		
Sí						
No	35	66,0	18	34,0	4,819	

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron los niveles de ansiedad del personal de salud del Hospital Goyeneche de Arequipa, en relación con datos sociodemográficas y ciertas características referentes a la atención de pacientes con COVID-19 durante los primeros meses de la pandemia en Perú. En primer lugar se reportó que el 53.1 % de la muestra de 147 trabajadores, entre médicos, enfermeras, residentes, obstetras, laboratoristas y técnicos de enfermería; presentaba niveles de ansiedad desde leves a severos, siendo el 13.6 % de los que se ubican en la última categoría. Estos resultados son muy similares a los reportados en personal de salud de China, donde el 53 % tuvo niveles clínicos de ansiedad, sobre todo en el personal de enfermería (15).

En ese sentido, este resultado revela que los profesionales de la salud del Hospital Goyeneche de Arequipa están expuestos a riesgos psicosociales como la ansiedad, que implicaría adoptar diversas medidas de prevención, pues la ansiedad, en niveles clínicamente significativos suele anticipar una diversidad de desórdenes mentales, desde una amplia variedad de trastornos de ansiedad con los que tiene alta comorbilidad, hasta trastornos psicóticos (30). Por ello, es recomendable brindar el apoyo social en el contexto laboral (32), y entrenamiento en técnicas de afrontamiento para mitigar los efectos de la ansiedad que suelen asociarse fuertemente con el estrés laboral (37).

Asimismo, estos niveles de ansiedad pueden tener un efecto negativo en el rendimiento laboral del personal de salud (33), ya que además, se ha reportado que la ansiedad manifiesta por los trabajadores evaluados, está asociado con los servicios asistenciales que prestan a los pacientes de COVID-19. En ese sentido, se pudo encontrar una asociación estadísticamente significativa, de la ansiedad de los trabajadores evaluados con los dilemas éticos que implica el manejo de pacientes infectados con coronavirus. De modo que el 66 % del personal de salud que percibe problemas éticos, también tiene ansiedad.

Es decir, que la mayoría de los trabajadores de la muestra, identifican algún dilema ético en la atención de los pacientes con COVID-19 que podría estar relacionado a las brechas de infraestructura y de recursos humanos insuficientes en los servicios de salud, lo que les podría generar ansiedad. Esta situación puede ser explicada por el miedo al contagio (31), pero también por las limitadas condiciones de bioseguridad en las que tienen que laborar diariamente los trabajadores del sector salud en el Perú, y particularmente en la ciudad de Arequipa, donde se ha reportado que no se cuenta con la infraestructura adecuada para atender la alta demanda de contagios, pues Perú es uno de los países con mayor cantidad de contagios y muertes por COVID-19 a nivel global (6). Además, muchos médicos y enfermeras tienen que ejercer sus funciones desprovistos de los equipos de seguridad adecuados, como mascarillas, protectores faciales, etc.; tampoco se contaba con suficientes unidades de cuidados intensivos, ni respiradores o balones de oxígeno (7), al menos durante el periodo en que se recogió la data.

Esta situación, tiene que ver con el hecho de que la mayoría de países no ha estado preparado para hacer frente a la pandemia del COVID-19 (38), a pesar de que en diversos reportes previos de los últimos años, se hacía énfasis de que era altamente probable que una nueva epidemia viral se disemine por el mundo como ha ocurrido en el pasado (39,40,41,42). En el caso de Perú y sus provincias como Arequipa, las complicaciones son mayores debido a las deficiencias estructurales del sistema de salud público, y en menor medida del sector privado.

Por ello, es necesario implementar medidas más eficaces para detener el contagio del COVID-19 en la población (43), pero también para capacitar y proteger a los trabajadores del sector salud, quienes tienen contacto directo con los infectados, y por ello se encuentran en mayor riesgo de contagio (44). En ese sentido, debe considerar también la salud mental de los trabajadores que atienden pacientes con COVID-19 (12,15,16,18), por lo que se pueden implementar técnicas psicológicas propias de los casos de emergencias y desastres (45), priorizando el autocuidado por medio de técnicas individuales y grupales (46).

En cuanto a las limitaciones del estudio, la muestra no ha sido seleccionada de forma probabilística y el tamaño de la muestra no es representativo, por lo que no podrían generalizarse los resultados, sin embargo, podrían servir para aproximarnos a la exposición de los profesionales de salud a riesgos psicosociales que pueden determinar la presencia de ansiedad y desarrollar nuevos estudios. Por otro lado, aunque existen reportes actuales sobre la evaluación de la ansiedad durante la pandemia con instrumentos tradicionales (47), también se han desarrollado pruebas que valoran la ansiedad específicamente por contagio de coronavirus (48), por lo que sería conveniente que en evaluaciones posteriores se apliquen pruebas más específicas dentro del contexto actual de la pandemia.

En resumen, y para finalizar, el estudio concluye en que el 53.1 % del personal de salud del Hospital nivel II Goyeneche, presenta ansiedad, y que en un 66 % de estos casos, los niveles de ansiedad se encuentran asociados a los dilemas éticos que perciben de los profesionales.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

A-M-d-C-T, YMB participaron en la concepción y diseño, WLAG, RR y TC-R participaron en la redacción y el análisis de datos del estudio. LB-M-d-C, PPV y MLL participaron en el enrolamiento y la recolección de datos. AMCT, WLAG, RR, FDDOC, PDDOC y TC-R participaron en la interpretación de los datos y redacción del artículo. Todos los participantes participaron en la redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito y se hacen responsables del contenido del artículo.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de salud del hospital, por su apoyo.

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.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

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

COMENTARIOS DE REVISORES

El nombre de los revisores externos, así como su dictamen se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 554.pdf](#)

REFERENCIAS

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Xing X. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine.* 2020; 382: 1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet.* 2020; 395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
3. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in older adults. *Am J of Geriatric Psychiatry.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
4. Rello J, Tejada S, Userovici C, Arvaniti K, Pugin J, Waterer G. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A critical care perspective beyond China. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.03.001>
5. Araujo N. Repercusión económica mundial de la pandemia del COVID-19. Análisis de sectores más afectados. *Quipukamayoc.* 2020; 28(57): 85-93. <https://doi.org/10.15381/quipu.v28.i57.17903>
6. Flores JP, Jinchuña J, Condori RT. Validación de un modelo econométrico de letalidad por infectados COVID-19, Perú Mayo 2020. *Quipukamayoc.* 2020; 28(57): 17-23. <https://doi.org/10.15381/quipu.v28.i57.18396>
7. 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): 119-21. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>
8. Luo X, Estill J, Wang Q, Lv M, Liu Y, Liu E, Chen Y. The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Psychiatry Research.* 2020; 291. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113193>
9. Palomar-Ciria N, Blanco P, Hernández MA, Martínez R. Schizophrenia and COVID-19 delirium. *Psychiatry Research.* 2020; 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113137>
10. Vega-Dienstmaier JM. Teorías de conspiración y desinformación en torno a la epidemia de la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020; 83(3): 135-7. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3792>
11. Scholten H, Quezada-Scholz V, Salas G, Barria-Asenjo N, Rojas-Jara C, Molina R, García J, Jorquera M, Somarriva F. Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Interam J. Psychol.* 2020; 54(1): e1287.
12. 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): 169-75. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.999>
13. Escobar-Galindo CM. Ergonomía y factores humanos en la lucha contra el COVID-19. *Rev Med Hered.* 2020; 31: 207-9. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3815>
14. Acosta-Quiroz J, Iglesias-Osores S. Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020; 83(3): 212-3. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
15. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020; 83(1): 51-6.
16. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open.* 2020; 3(3): e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
17. 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). <https://doi.org/10.77597/cureus.7538>
18. Daugherty AM, Arble EP. Prevalence of mental health symptoms in residential healthcare workers in Michigan during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research.* 2020; 291. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113266>

19. Chew QH, Chia FLA, Ng WK, Lee WCI, Tan PLL, Wong CS, Puah SH, Shelat VG, Seah EJD, Huey CWT, Phua EJ, Sim K. Psychological and coping responses to COVID-19 amongst residents in training across ACGME-1 accredited specialties in Singapore. *Psychiatry Research*. 2020; 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113146>
20. Yifan T, Ying L, Chunhong G, Jing S, Rong W, Zhenyu L, Zejuan G, Peihung L. Symptom cluster of ICU Nurses treating COVID-19 pneumonia patients in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(1). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.03.039>
21. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(10227): 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
22. Organización Panamericana de la Salud. Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. OMS; 2020.
23. Torres C, Torrell-Vallespín S. Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana y del Caribe sobre COVID-19 en PUBMED. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 2020; 31(3): e1600.
24. O'Brien N, Barboza-Palomino M, Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T, Sandoval-Díaz JS, López-López W, Salas G. Nuevo coronavirus (Covid-19). Un análisis bibliométrico. *Rev Chil Anest*. 2020; 49: 408-15. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.020>
25. Prieto-Molinari DE, Aguirre GL, de Pierola I, Luna G, Merea LA, Lazarte CS, Uribe-Bravo KA, Zegarra ACh. 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>
26. Arias, W. L., Muñoz del Carpio-Toia, A., Delgado, Y., Ortiz, M., & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med Segur Trab*, 63(249):331-44.
27. Arias WL, Muñoz Del Carpio-Toia A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Rev Cubana Salud Pública*. 2016;42(4):559-75.
28. Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velásquez-Lazo C, Valdivia-Rodríguez M, Arroyo-Tovar GY, Toia-Larsen M, Selis-Fernández AC. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. *Acta Med Peru*. 2016;33(2):99-104.
29. Muñoz del Carpio-Toia A, Arias WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa. *Rev Chil-Neuropsiquiat*. 2019;57(2):139-48.
30. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2003;3(1):10-59.
31. Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Cervigni M, Gallegos M, Martino P, Portillo N, Barés I, Calandra M, Burgos C. Fear of COVID-19 scale: Validity, reliability and factorial invariance in Argentina's general population. *Death Studies*. 2020. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1836071>
32. Martínez L. Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19: Instrumentos para su evaluación. *Revista Comunicación y Salud*. 2020; 10(2): 301-321.
33. Lauracio C, Lauracio T. Burnout syndrome and job performance in health personnel. *Revista Innovación Educación*. 2020; 2(4): 543-54. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.04.003>
34. Montero I, León O. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International J. Clin Health Psych*. 2002; 2(3): 503-8.
35. Hernández-Pozo MR, Macías D, Calleja N, Cerezo S, del Valle CF. Propiedades psicométricas del inventario de Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Psychología*. 2008; 2(2):19-46.
36. Benítez A, Caballero MC. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017; 20(1): 221-231. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>
37. Serna DS, Martínez LM. Burnout en personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*. 2020; 24(1).
38. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2020; 46: 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.010>
39. Osterholm MT. Preparing for the next pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352(18): 1839-42. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058068>
40. Manrique FG, Morera JB, Ospina-Díaz JM. Cien años después, recordando cómo BMJ y JAMA comunicaron la pandemia de gripe de 1918-1919. *Rev. Salud Pública*. 2018; 20(6): 787-91. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.82226>
41. Urbina-Medina H, Brizuela DN, Mizophary JL, Carrizo JL, Betancourt A. Comunicación efectiva y ética en casos de epidemias y pandemias. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 2016; 79(4): 113-7.
42. Ríos Bustos ME. El trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo en la Influenza A (H1N1). *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2009; 12(1-2).
43. Bedford J et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*. 2020; 395(10229): 1015-18.
44. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 Pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(1). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.04.012>
45. Valero S. Psicología en emergencias y desastres. Lima: San Marcos; 2002.
46. Macaya P, Aranda F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest*. 2020; 49: 356-62. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>
47. Vizioli NA, Pagano AE. Adaptación del inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*. 2020; 6(3): e171. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>
48. González-Rivera JA, Rosario-Rodríguez A, Cruz-Santos A. Escala de ansiedad por Coronavirus: Un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. *Interacciones*. 2020; 6(3): e163. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>