



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“Disponibilidad de equipo de protección personal adecuado y su asociación con síntomas depresivos, ansiosos y estrés en trabajadores de dos hospitales nacionales ESSALUD durante la pandemia de Covid-19”

Tesis para optar el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:
Alejandra Belén Romero Cabrera (ORCID: 0000-0001-6502-6939)
Ana Katherín Lindo Cavero (ORCID: 0000-0001-5452-4203)

Asesor:
Dr. Christoper A. Alarcón Ruiz (ORCID: 0000-0003-3907-2784)

Lima – Perú
2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 17 de marzo de 2021.

Las integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Frank Roger Mayta Tovalino	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Esp. Yhaira Becerra Becerra	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor	<input type="checkbox"/>

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

"DISPONIBILIDAD DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y ESTRÉS EN TRABAJADORES DE DOS HOSPITALES NACIONALES ESSALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19"

Presentada por las estudiantes:

ALEJANDRA BELÉN ROMERO CABRERA y ANA KATHERÍN LINDO CAVERO

Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana.

Asesoradas por: Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de las estudiantes de la carrera de Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesista: ALEJANDRA BELÉN ROMERO CABRERA	Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado () Aprobado - Muy buena (x) Aprobado - Sobresaliente () Desaprobado ()	
Tesista: ANA KATHERÍN LINDO CAVERO	Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado () Aprobado - Muy buena (x) Aprobado - Sobresaliente () Desaprobado ()	

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Frank Roger Mayta Tovalino
Presidente del Jurado



Méd. Esp. Yhaira Becerra Becerra
Miembro 1



Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz
Asesor



Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor
Miembro 2

Percepción de la disponibilidad de equipos de protección personal y síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en trabajadores de dos hospitales nacionales durante la pandemia de COVID-19

Autores

Alejandra B. Romero-Cabrera¹

Ana Lindo-Cavero¹

David Villarreal-Zegarra^{2,3,4}

Vilma Rodriguez⁵

Lena Luna⁵

Wendoline Rojas⁶

Jeff Huarcaya-Victoria^{5,7}

Christoper A. Alarcon-Ruiz¹

Afiliación

1. Universidad Científica del Sur, Lima, Peru
2. Instituto Peruano de Orientación Psicológica, Lima, Peru
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia, CRONICAS Center of Excellence in Chronic Diseases, Lima, Peru
4. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Instituto de Investigación, Chimbote, Peru
5. Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Peru
6. Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Peru
7. Centro de Investigación en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Peru

Autor corresponsal

Christoper A. Alarcon-Ruiz. Universidad Científica del Sur.

E-mail: calarconru@cientifica.edu.pe

Conflicto de interés

Los autores no reportaron conflictos de interés cuando realizaban el estudio, analizaban la data o escribían el manuscrito.

Financiamiento

El presente estudio estuvo financiado por el Instituto de Evaluación en Tecnologías Sanitarias e Investigación - EsSalud (56-IETSI-ESSALUD-2020), mediante el Premio Kaelin 2020 para trabajos de investigación en COVID-19. Los patrocinadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio, la recopilación y análisis de datos, la decisión de publicar o la preparación del manuscrito.

Disponibilidad de data y materiales

Los datos están disponibles previa solicitud razonable al autor corresponsal.

Contribuciones

Alejandra B. Romero-Cabrera: conceptualización de ideas, investigación, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición

Ana Lindo-Cavero: conceptualización de ideas, investigación, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición

David Villarreal-Zegarra: Adquisición de fondos, administración de proyectos, redacción - revisión y edición

Vilma Rodríguez: Recolección de datos, administración de proyectos, redacción - revisión y edición

Matilde L. Luna-Matos: Adquisición de financiamiento, administración de proyectos, redacción - revisión y edición

Wendoline Rojas: Recolección de datos, adquisición de fondos, administración de proyectos, redacción, revisión y edición

Jeff Huarcaya-Victoria: Adquisición de fondos, administración de proyectos, supervisión, redacción - revisión y edición

Christopher A. Alarcon-Ruiz: Conceptualización de ideas, análisis formal, administración de proyectos, supervisión, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición

Agradecimientos

Ninguno

RESUMEN

Antecedentes: Durante la pandemia de COVID-19, los trabajadores de la salud se encuentran expuestos a problemas de salud mental, debido a diferentes factores. Nuestro objetivo fue determinar si la percepción de disponibilidad adecuada de equipo de protección personal (EPP) se asocia con síntomas depresivos, de ansiedad y estrés en diferentes tipos de trabajadores.

Métodos: Estudio analítico transversal donde participaron trabajadores de salud clínicos y no clínicos de dos hospitales de tercer nivel de Lima, Perú. Una auto-encuesta en línea evaluó la percepción de disponibilidad adecuada de EPP, utilizando una pregunta en escala Likert, que luego fue dicotomizada para el análisis.

Resultados: Se incluyó un total de 563 participantes. En general, no existe asociación entre la percepción de la disponibilidad de EPP y tres desenlaces de salud mental. Sin embargo, en el análisis de subgrupos, los médicos con mejor percepción de la disponibilidad de EPP tuvieron desenlaces menos moderados-severos en salud mental; por el contrario, las enfermeras tuvieron resultados más altos. El tipo de profesión, modifica el efecto de esta asociación.

Limitaciones: La población de estudio está sesgada porque solo se incluyeron trabajadores que querían participar. Por otro lado, la percepción de disponibilidad de EPP se midió con una sola pregunta, donde la respuesta depende de la interpretación del participante.

Conclusión: La asociación entre la percepción de la disponibilidad de EPP y los desenlaces de salud mental es compleja en los trabajadores de la salud de dos hospitales de tercer nivel. Esta asociación puede variar según el tipo de trabajo.

Palabras clave: COVID - 19, salud mental, depresión, ansiedad, estrés psicológico, trabajadores de la salud, equipo de protección personal

ABSTRACT

Background: During the COVID-19 pandemic, healthcare workers are exposed to mental health problems due to different factors. We aimed to determine whether perception of adequate PPE availability is associated to depressive, anxiety, and stress symptoms in different types of workers.

Methods: Analytical cross-sectional study surveyed clinical and non-clinical healthcare workers in two third-level hospitals in Lima, Peru. An online self-survey assessed the perception of adequate PPE availability, using a Likert scale question, which was then dichotomized for the analysis.

Results: A total of 563 participants were included. In general, there is no association between perception of PPE availability and three mental health outcomes. However, in the subgroup analysis, physicians with better perception of PPE availability had less moderate-severe outcomes in mental health; in contrast, nurses had higher moderate-severe outcomes. The type of profession in healthcare workers do modify the effect of this association.

Limitations: The study population is biased since only workers who wanted to respond were included. On the other hand, the perception of PPE availability was measured with a single question, so their response depends on the perception and interpretation of each worker.

Conclusion: The association between perception of PPE availability and mental health outcomes is complex in healthcare workers from two third-level hospitals. This association can vary according to the type of work.

Key words: COVID - 19, mental health, depression, anxiety, psychological stress, health workers, personal protective equipment.

INTRODUCCIÓN

El 29 de diciembre de 2019 se detectó la nueva cepa de coronavirus en Wuhan, China (1). La nueva enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se caracteriza por ser altamente contagiosa, considerándose una pandemia desde el 11 de marzo de 2020 (2). Al comienzo de la pandemia, la mayor parte de la investigación se centró en la epidemiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de este virus (3). Sin embargo, el contexto causado por COVID-19 refleja un conjunto de factores estresantes para toda la población, basados en la percepción de un desastre humano a nivel global (4). Esta situación se refleja en el aumento de las tasas de ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, miedo, insomnio y otros desenlaces de salud mental (5).

Según la experiencia dada por pandemias anteriores (SARS en 2002 y Ébola en 2014), el personal sanitario es uno de los grupos más vulnerables en lo que respecta a salud mental (6). Esto se debe a que, como todas las personas, enfrentan cambios sociales y estresantes emocionales; pero además, son la población con mayor exposición al virus, ya que están directa o indirectamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19, a esto se le suma el hecho de que son testigos directos del sufrimiento y la muerte (7,8). En Perú, uno de los países más afectados del mundo por la pandemia, el primer caso se confirmó el 6 de marzo de 2020 (9), y a pesar de las medidas sanitarias impuestas por el gobierno, el número de casos continuó aumentando exponencialmente. El aumento en el número de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, junto con la alta carga de trabajo, contribuyen no solo a una demanda física, sino a una intensa carga psicológica de los trabajadores en el área de salud (10)

Durante esta pandemia, varios estudios mostraron una asociación entre los trastornos de salud mental en los trabajadores de la salud con diversos factores como: la ineficiencia de los sistemas de control de infecciones dentro del área de trabajo, la falta de medicamentos o equipos específicos, la falta de equipos de protección personal (EPP), la actitud agresiva hacia el personal

de salud, el contacto directo con pacientes infectados, preocupación constante por su propia salud y el miedo a propagar el virus (7,11–13). Una preocupación constante de los trabajadores de la salud es su seguridad personal que, durante la pandemia, está directamente relacionada con la disponibilidad de EPP adecuados (14). Un estudio realizado en Canadá mostró que la percepción de la provisión adecuada de EPP estaba relacionada con menores síntomas de ansiedad y depresión entre los encuestados que tenían sus necesidades de EPP satisfechas (15). Otro estudio de la Universidad Estatal de Michigan mostró que la exposición frecuente a COVID-19 y la disponibilidad limitada de EPP adecuado se asocian con peores resultados de salud mental en los trabajadores de la salud (16)

Sin embargo, a nivel mundial, existe una escasez de EPP, probablemente debido al aumento de la demanda, el acaparamiento y el mal uso de estos implementos como resultado del pánico colectivo en la población (17). Esto puede ser particularmente grave en países de ingresos medios-bajos (18). En Perú, la falta de EPP es uno de los principales problemas ocupacionales de los trabajadores de la salud (19,20). Esta situación pone en alto riesgo a todos los trabajadores de salud, clínicos y no clínicos, de los hospitales, que dependen de la disponibilidad y la calidad de EPP para protegerse a sí mismos, a sus compañeros y a los pacientes en general (17). Por lo cual, el presente trabajo de investigación buscó determinar si la percepción de disponibilidad adecuada de EPP se relaciona con síntomas depresivos, ansiosos y de estrés percibido en trabajadores clínicos y no clínicos de dos hospitales nacionales del Perú durante la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Diseño de estudio

El presente estudio es transversal en el cual se encuestó a trabajadores clínicos y no clínicos de dos hospitales de tercer nivel en Lima, Perú. Utilizamos una encuesta en línea respondida por los mismos participantes, que evaluó principalmente la relación entre la percepción de la disponibilidad adecuada de EPP y tres desenlaces en salud mental: síntomas depresivos, ansiosos y de estrés percibido. Los desenlaces se evaluaron con herramientas validadas en su versión en español. La recolección de datos se realizó del 27 de julio al 6 de septiembre del 2020.

Contexto

El Seguro Social (EsSalud) es el segundo sistema de salud más importante del Perú. Es financiado por el Ministerio de Trabajo y brinda atención médica a trabajadores formales, ex trabajadores formales y sus familiares (21). El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen son hospitales de tercer nivel de EsSalud y son los centros de salud más grandes del Perú (22,23). Durante la pandemia de COVID-19, ambos hospitales reciben una gran cantidad de pacientes con COVID-19 moderados a graves.

Todos los trabajadores dentro del hospital, especialmente durante la pandemia actual, son considerados trabajadores de salud esenciales (24). Los trabajadores de la salud clínicos están involucrados, directa o indirectamente, en la atención y cuidado de la salud de los pacientes, quienes en su mayoría tenían COVID-19 durante el período de recolección de datos. Mientras que los trabajadores de la salud no clínicos son personal de seguridad, personal de limpieza y trabajadores administrativos. El personal de seguridad mantiene el orden dentro y fuera de las instalaciones hospitalarias, suelen ser el primer contacto de los pacientes y sus familiares en el hospital. Por otro lado, el personal de limpieza trabaja en todas las áreas del hospital y está a cargo de la gestión de residuos médicos y comunes. La atención médica no clínica también tuvo un contacto cercano con los pacientes y sus fluidos. Tanto el personal de seguridad como el de

limpieza son contratados por una empresa externa que presta servicios al hospital. Finalmente, los trabajadores administrativos no están en su mayoría en contacto con pacientes o familiares.

Participantes

Se encuestó a una muestra no probabilística de trabajadores de salud clínicos (médicos, enfermeras, enfermeras técnicas, nutricionistas, psicólogos y obstetras) y trabajadores de la salud no clínicos (personal de seguridad y limpieza) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se incluyó a los participantes que acudieron físicamente al hospital a trabajar durante el período de recolección de datos (del 27 de julio al 6 de septiembre) y si estuvieron trabajando durante los últimos tres meses en el hospital. Excluimos a aquellos que no respondieron algún elemento de cualquiera de los tres desenlaces principales (síntomas depresivos, ansiosos y de estrés percibido), su profesión, o la variable sobre la percepción de disponibilidad de EPP. Además, los trabajadores administrativos también fueron excluidos debido a que el tamaño de la muestra era demasiado pequeño para formar parte del análisis. Se excluyó también a los trabajadores sanitarios que no quisieron realizar la encuesta. El tamaño mínimo de la muestra se calculó en 490 participantes, considerando un intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) y una potencia estadística del 80%.

Procedimientos

Usamos la plataforma SurveyMonkey © para crear una encuesta en línea y un consentimiento informado. El enlace de la página web que dirige a la encuesta en línea se distribuyó a los trabajadores sanitarios de ambos hospitales utilizando un método de bola de nieve. Asimismo, un trabajador por cada área hospitalaria (urgencias, hospitalización, unidades de cuidados intensivos, personal de seguridad y limpieza) de ambos hospitales distribuyó el enlace de la página web con sus pares. La encuesta fue autoadministrada y tardó aproximadamente 15 minutos en responderse. El participante pudo responder la encuesta en línea por sí mismo en cualquier momento que lo desee.

Instrumentos

Brevemente, la encuesta completa recopila información de contacto personal, variables sociodemográficas como edad, sexo (femenino o masculino), estado civil (soltero, casado o conviviendo, divorciado o viudo), religión (sí o no), antecedentes de un problema de salud mental diagnosticado (sí o no), vivir solo (sí o no) y vivir con una persona en riesgo de contraer COVID-19 (sí o no). La encuesta también recopila información laboral como la profesión (el tipo de trabajador sanitario clínico o no clínico) y la variable independiente: Percepción de la disponibilidad de EPP. Para esta variable se utilizó la siguiente pregunta: “En las últimas dos semanas, cuando comenzaste tu trabajo, ¿con qué frecuencia la institución donde trabajas te brindó, según tu nivel de exposición, la cantidad adecuada y la calidad de equipo de protección personal (mascarillas, alcohol en gel, lentes, etc.)?”. Esta pregunta tenía una opción de escala de Likert de 4 opciones como posibles respuestas: ningún día, varios días (entre 1 a 6 días), más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) y casi todos los días (12 o más días). Esta variable fue luego dicotomizada, considerando las dos primeras opciones (ningún día y varios días) como “no adecuada” y las dos últimas opciones (la mitad de los días y casi todos los días) como “adecuada”.

Los resultados de salud mental fueron estrés percibido, síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

Estrés percibido

Utilizamos la versión en español de la *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10) para medir el estrés percibido durante las últimas dos semanas (25). Esta escala tiene diez ítems evaluados con una escala tipo Likert que va desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Muy seguido”). Esta escala se clasifica en tres niveles de estrés percibido: leve (0 - 13 puntos), moderado (14 - 26 puntos) y severo (27 - 40 puntos) (26).

Síntomas depresivos

El resultado de los síntomas depresivos se evaluó con el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) validado para Perú (27). Esta herramienta tiene nueve ítems calificados con una escala tipo Likert que va de 0 (“nunca”) a 3 (“casi todos

los días”). Los síntomas depresivos se clasifican en cinco categorías: Normal (0 - 4 puntos), Leve (5 - 9 puntos), Moderado (10 - 14 puntos), Moderado - severo (15 - 19 puntos) y Severo (20 - 27 puntos) (28,29).

Síntomas de ansiedad

Finalmente, utilizamos la versión en español de la escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) para evaluar los síntomas de ansiedad (30). Esta herramienta tenía siete ítems categorizados en una escala tipo Likert, que van desde 0 (“nunca”) a 3 (“casi todos los días”). Los síntomas de ansiedad se clasifican en cuatro categorías: Normal (0 - 4 puntos), Leve (5 - 9 puntos), Moderado (10 - 14 puntos) y Severo (15 - 21 puntos) (31).

Plan de análisis

Antes del análisis de los datos, se excluyeron los registros duplicados más antiguos de la base de datos. Además, excluimos las respuestas en blanco, las que no reportaban profesión y las que no cumplían con los criterios de selección. A cada participante se le asignó un número de identificación para anonimizar la base de datos.

Para el análisis descriptivo, presentamos las frecuencias absolutas y relativas para todas las variables categóricas, y para las variables numéricas describimos la mediana y el rango intercuartílico (RIC). Dicotomizamos los tres desenlaces de salud mental: estrés percibido en leve (0 a 13 puntos) y moderado a severo (14 a 40 puntos), síntomas de depresión en normal a leve (0 a 9 puntos) y moderado a severo (10 a 27 puntos), y los síntomas de ansiedad en normal a leve (0 a 9 puntos) y moderada a grave (10 a 21 puntos). Posteriormente, para el análisis bivariado entre la percepción de la disponibilidad de EPP con cada desenlace de salud mental dicotomizado, utilizamos la prueba de chi-2.

Realizamos una regresión lineal bivariada y multivariada para calcular los coeficientes beta crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), entre la percepción de la disponibilidad del EPP con cada uno de los tres desenlaces de salud mental. Para el análisis multivariado, sólo consideramos la variable profesión (trabajador sanitario clínico

o no clínico) como variable de confusión. Posteriormente, realizamos un análisis de sensibilidad utilizando modelos lineales generalizados con familia de Poisson, función de enlace log, y agrupados por hospital, para calcular las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) y su IC95% entre la percepción de disponibilidad de EPP con los tres desenlaces de salud mental dicotomizados.

Finalmente, siguiendo el mismo análisis de regresión con la familia de Poisson, realizamos unos análisis de subgrupos en enfermeras, técnicos de enfermería, médicos, personal de seguridad y limpieza. Además, con el fin de evaluar los posibles modificadores del efecto, calculamos los valores p de las interacciones con cada subgrupo. En todos los análisis, cada resultado se evaluó de forma independiente y un valor de $p < 0,05$ se considerará estadísticamente significativo para rechazar la hipótesis nula. El análisis de los datos se realizó utilizando el software Stata versión 16.0 (STATA Corporation, College Station, Texas, EE. UU.).

Ética

Todos los participantes aceptaron voluntariamente participar del estudio, dando su conformidad mediante un consentimiento informado antes de su participación. Este consentimiento informado especificó que no existe alguna coacción o consecuencia en sus trabajos por su participación en el estudio. Además, ofrecemos ayuda psiquiátrica en caso de que algún participante lo considere conveniente. No se ofreció ninguna recompensa económica. El protocolo de investigación se registró previamente en la plataforma PRISA, un repositorio en línea administrado por el Instituto Nacional de Salud, especializado en la investigación de COVID-19 y tuberculosis (código de identificación: EI00000001342). Asimismo, el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de EsSalud específica de COVID-19, y por la Comité de Ética Institucional de la Universidad Científica del Sur (N ° 300-CIEI-CIENTÍFICA-2020).

RESULTADOS

Participantes

En total, se recopilaron 1139 registros en la plataforma virtual; sin embargo, se eliminaron 490 registros principalmente por falta de respuestas o porque no reportan su profesión o área de trabajo. Luego, de los 649 registros de la base de datos, se eliminaron 86 registros por ser duplicados o por no cumplir con los criterios de selección. Finalmente, para realizar el presente análisis se utilizaron los 563 registros restantes de los trabajadores de los dos hospitales (Figura 1).

Las principales características de los participantes se muestran en la Tabla 1. La mayoría eran mujeres (62,4%), profesaban una religión (68,5%) y vivían acompañados (82,5%). Casi la mitad de los encuestados eran trabajadores sanitarios no clínicos (personal de limpieza y personal de seguridad). La mediana de la puntuación para los síntomas de ansiedad fue 2 (RIC: 0 a 5), la del estrés percibido fue 19 (RIC: 15 a 22) y para los síntomas depresivos fue 2 (RIC: 0 a 5). La percepción de disponibilidad adecuada de EPP varía entre los tipos de trabajadores de la salud: 71,2% en técnicos de enfermería, 59,7% en enfermeras, 58,0% en médicos, 29,6% en personal de limpieza y 24,6% en personal de seguridad.

Asociación Bivariada

Los trabajadores que perciben tener disponibilidad de EPP adecuado tienen mayor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión moderada-severa en comparación a quienes percibieron disponibilidad de EPP no adecuado; sin embargo, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$). En general, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en los diferentes grupos, a excepción del personal de limpieza, ya que quienes percibieron disponibilidad de EPP adecuado presentaron mayor prevalencia de estrés moderado-severo en comparación a quienes no percibieron disponibilidad de EPP adecuado (Tabla 2).

En el modelo de regresión lineal crudo, la percepción de la disponibilidad de EPP no se asocia con la puntuación media de estrés, ansiedad y depresión, incluso si es ajustada por la variable

de confusión “tipo de profesión”. Por otro lado, los trabajadores sanitarios clínicos tienen, en promedio, una puntuación más alta en estrés (2,87 más puntos) y ansiedad (1,43 más puntos), en comparación con los trabajadores sanitarios no clínicos (tabla 3).

Análisis de sensibilidad

En el análisis de sensibilidad, se dicotomizaron los tres desenlaces de salud mental. Los trabajadores que percibieron que tenían una disponibilidad adecuada de EPP tuvieron una mayor frecuencia de depresión moderada-severa, en comparación con aquellos que percibieron que tenían un EPP inadecuado. Sin embargo, esta asociación no se mantuvo en el análisis ajustado por la variable de confusión “tipo de profesión”. Por el contrario, los trabajadores sanitarios clínicos tenían una mayor frecuencia de estrés, ansiedad y depresión de moderada a grave, en comparación con los trabajadores sanitarios no clínicos (Tabla 4).

Análisis de subgrupos

Finalmente, se realizó un análisis de subgrupos e interacciones con resultados de salud mental dicotomizados. En el subgrupo de enfermeras, las que percibieron que tenían un EPP adecuado presentaron mayor frecuencia de estrés moderado-severo, depresión moderada-severa y ansiedad moderada-severa. En el subgrupo de técnicas de enfermería, aquellas que percibieron que tenían un EPP adecuado tuvieron menor frecuencia de presentar depresión moderada-severa y ansiedad moderada-severa. Resultados similares están presentes en el subgrupo de médicos, pero estos últimos resultados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, las categorías de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y personal de limpieza se presentaron como un posible modificador del efecto de al menos un desenlace en salud mental (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales y significancia de resultados

Este estudio muestra que, en general, no existe asociación entre la percepción de disponibilidad de EPP y los tres desenlaces de salud mental estudiados, en trabajadores clínicos y no clínicos de dos hospitales de tercer nivel en un país de ingresos medianos altos. Sin embargo, existe evidencia de que el tipo de profesión puede ser un efecto modificador de esta asociación. Los médicos con una percepción adecuada de la disponibilidad de EPP tuvieron menos frecuencia de desenlaces en salud mental moderados-severos. Mientras las enfermeras con percepción adecuada de la disponibilidad de EPP tuvieron mayor frecuencia de desenlaces en salud mental moderados-severos.

Aunque no encontramos evidencia de la asociación entre la percepción de la disponibilidad del EPP y los desenlaces de salud mental, un estudio reciente en Canadá que incluyó a casi 6000 trabajadores de la salud encontró que aquellos que percibieron EPP adecuado, tenían menos síntomas de ansiedad y depresión (15). Además, otro estudio realizado en Estados Unidos muestra que las enfermeras que informaron que no se les proporcionó EPP tenían síntomas más altos de depresión, ansiedad y trastorno por estrés traumático. Incluso, hubo una relación inversamente proporcional entre la provisión de EPP y la gravedad de los tres resultados de salud mental (16). Nuestros resultados pueden explicarse por las diferentes condiciones de disponibilidad de EPP entre países de ingresos altos y de ingresos medios bajos. Hay una gran escasez de EPP en los países de ingresos altos, por lo que es razonable que se distribuyan incluso menos suministros a los países con menos recursos (32,33). Además, la mala calidad del EPP es también una preocupación constante para los trabajadores y administradores de la salud (34). Es importante destacar que el presente análisis incluye diferentes tipos de trabajadores sanitarios dentro de ambos hospitales, y quizás este enfoque no sea el más adecuado ya que las necesidades de EPP varían entre profesiones y centros sanitarios.

El tipo de profesión es una variable confusora y modificadora de efecto en la relación entre la percepción de la disponibilidad de EPP y los desenlaces en salud mental. El horario de trabajo,

las responsabilidades y el nivel de exposición a los pacientes con COVID-19 varían enormemente según el tipo de profesión dentro de un solo hospital. Los médicos juegan un papel importante frente a COVID-19, ya que no sólo se encargan de tratar a los pacientes, sino también de diagnosticar oportunamente los casos para evitar complicaciones y contener la propagación (35). Las enfermeras durante las diferentes pandemias, incluida la del COVID-19, juegan un papel fundamental en la preparación de los servicios de salud para el manejo de los pacientes y la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas. Integran a todo el equipo interdisciplinario y aseguran una comunicación precisa entre ellos. Asimismo, dentro del hospital, las enfermeras y los técnicos de enfermería son quienes están en mayor contacto con los pacientes ya que permanecen junto a los pacientes durante todo el tiempo de hospitalización (16,36). El papel del personal de seguridad durante el COVID-19 es importante dentro y fuera de los hospitales, porque se ocupa de la admisión de los trabajadores y, lo más importante, de la de los pacientes infectados por el COVID-19. También están presentes durante el traslado de pacientes y trabajadores hacia y desde zonas aisladas, se colocan en los ascensores, brindan acceso a las rutas dentro y alrededor del hospital y constantemente brindan instrucciones para promover un movimiento preciso dentro del hospital (37). Durante la pandemia, el personal de limpieza tiene un papel importante porque dentro del entorno hospitalario están a cargo de la prevención y el manejo de las infecciones asociadas a la atención médica, especialmente en el contexto de la pandemia COVID-19, donde la limpieza y desinfección son los elementos primordiales y más efectivos para prevenir una fuente de contagio (38). Según el tipo de profesión existen diferentes niveles de exposición de pacientes y/o personas, provocando distintas necesidades de EPP. Los estudios que intenten analizar esta asociación deben considerar la importancia del tipo de variable de profesión y área de trabajo en el diseño del estudio.

En las enfermeras, una percepción adecuada de la disponibilidad de EPP aumenta la frecuencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión de moderados a graves. Este hallazgo difiere de otros estudios realizados en Canadá y Estados Unidos que mostraron que la percepción adecuada del EPP se asocia con menores síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (15,16). Adicionalmente a la falta de disponibilidad de EPP, esta asociación inversa podría explicarse por las funciones inherentes a la profesión de las enfermeras. En general, las enfermeras tienen más probabilidades de informar síntomas más graves de

depresión, ansiedad, insomnio y angustia, ya que tienen un tiempo de exposición más prolongado debido a que pasan más tiempo en contacto con pacientes con COVID-19, por lo que tienen un mayor riesgo de contagio entre los trabajadores de la salud (11,16,39). Cabe señalar que existen otros factores descritos, pues las enfermeras evitan beber agua o ir al baño durante las largas jornadas de trabajo al lado de los pacientes en cama, con el fin de resguardar su EPP, ya que sólo pueden tener un EPP por día, lo que dificulta aún más su trabajo (40).

Entre los médicos, tener una percepción adecuada del EPP disponible puede disminuir la frecuencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión de moderados a severos. Este hallazgo es similar a un metaanálisis previo basado en diferentes brotes de virus, incluido el COVID-19, donde la disponibilidad de EPP es un factor protector para la salud mental, ya que se relaciona con mejores resultados psicológicos (41). Los médicos pueden percibir la misma falta de disponibilidad de EPP que las enfermeras, pero pueden tener más disponibilidad de cambios de EPP durante el día, lo cual no se evaluó en el presente trabajo. Esto podría sugerir una distribución desigual de los EPP entre los trabajadores de la salud o áreas de trabajo, pero se necesitan más estudios para poder hacer esa afirmación (42). Una gran preocupación del personal de salud es la falta de EPP, no sólo porque los predispone a enfermarse, sino que también aumenta el riesgo de que transmitan el virus a sus familias, alrededores o incluso a otros pacientes (43,44). Por lo tanto, es importante considerar mantener actualizada la disponibilidad de suministro de EPP y cambios a todos los trabajadores sanitarios como criterio de bienestar, independientemente de su función (14).

En los trabajadores sanitarios no clínicos, su percepción de la disponibilidad de EPP es generalmente mala. Según nuestros resultados, esta percepción puede no estar asociada con un mayor nivel de ansiedad moderada-severa, estrés y síntomas depresivos. Sin embargo, a pesar de la falta de significancia estadística en estos resultados, no podemos excluir una asociación verdadera. Según estudios previos que asociaron EPP y desenlaces de salud mental no hay diferencia en los subgrupos ya que su análisis no incluye esta categorización o su estudio poblacional no incluye a diferentes profesionales, así como nuestro estudio evaluó. Este subgrupo de trabajadores de la salud también tenía miedo de poder infectarse por COVID-19 y, además, pueden haber recibido menos capacitación sobre el uso correcto de EPP y

procedimientos de control de infecciones, además de poseer menos conocimiento sobre el COVID-19 (45,46).

Relevancia clínica

Nuestro estudio destaca la importancia de que la disponibilidad adecuada de EPP en los trabajadores de la salud, indistintamente si son clínicos o no clínicos, debe mantenerse constante, independientemente de su profesión o área de trabajo. Dado que la presencia o no de una percepción adecuada de la disponibilidad de EPP podría influir en algunos trabajadores para desarrollar o empeorar trastornos de salud mental, y en consecuencia afectar la calidad de trabajo y tener mayor probabilidad de cometer errores. Algunas intervenciones pueden ser necesarias para implementar un recurso que mejore este aspecto, como “*PPE helpers*” o un equipo dentro de los hospitales, que se encarga de brindar información y promover las mejores prácticas clínicas sobre el uso de EPP a todos los trabajadores de la salud (46). Finalmente, es importante preservar la salud de todos los trabajadores dentro de un hospital porque todos juegan un papel fundamental contra la pandemia de COVID-19.

Limitaciones y fortalezas

La interpretación de los resultados tuvo que considerar algunas limitaciones. La población de estudio estuvo sesgada ya que solo se incluyeron los trabajadores que querían responder. Por lo tanto, no es posible la extrapolación a todos los trabajadores sanitarios. Además, los desenlaces de salud mental pueden estar subestimados, porque los trabajadores con trastornos de salud mental no participaron por temor a ser despedidos o no estaban disponibles para responder la encuesta. Pero les aseguramos a todos los participantes que no había alguna coacción o consecuencia en sus trabajos por su participación. Además de eso, usamos escalas auto reportadas para medir los resultados de la salud mental, no supervisadas por un especialista profesional de la salud como un psicólogo o psiquiatra, por lo tanto, podrían ser clasificaciones erróneas. Sin embargo, utilizamos herramientas validadas en contextos peruanos con suficiente confiabilidad. Por otro lado, la percepción de disponibilidad de EPP se midió con una sola pregunta, por lo que su respuesta depende de la percepción e interpretación de cada individuo, pero este es un método común utilizado por todos los estudios para evaluar esta variable

(15,16,33,44). Finalmente, el análisis de subgrupos es exploratorio, por lo que los resultados no significativos no necesariamente descartan la asociación en cada subgrupo.

Sin embargo, nuestros resultados tuvieron fortalezas porque incluimos diferentes tipos de trabajadores de la salud clínicos y no clínicos (que no suelen incluirse en los estudios), independientemente de su rango. Además, presentamos la asociación entre la percepción de la disponibilidad de EPP y los resultados de salud mental, por separado entre los diferentes tipos de trabajadores de la salud. Además, utilizamos un tamaño de muestra adecuado para el análisis general.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de que no existe una asociación entre la percepción de la disponibilidad de EPP y los resultados de salud mental en los trabajadores de la salud clínicos y no clínicos, la percepción de la disponibilidad de EPP puede estar directa o inversamente asociada con los resultados de salud mental, según el tipo de trabajador de la salud. Es fundamental brindar una adecuada disponibilidad de EPP a los trabajadores de la salud independientemente de la profesión o área de trabajo que desempeñen, ya que se debe proteger la salud física y mental de todos los trabajadores, quienes juegan un papel fundamental frente a la pandemia COVID-19.

Agradecimientos

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199–207.
2. Hamid S, Mir MY, Rohela GK. Novel coronavirus disease (COVID-19): a pandemic (epidemiology, pathogenesis and potential therapeutics). *New Microbes New Infect*. 2020;35:100679.
3. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care [Internet]. *JAMA Health Forum*. American Medical Association; 2020 [Citado 28 de abril del 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228>
4. Ćosić K, Popović S, Šarlija M, Kesedžić I. Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):25–31.
5. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Research*. 2020;9:1–16.
6. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):32–5.
7. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg*. 2020;131(1):43–54.
8. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(21):2133–4.
9. Coronavirus en el Perú: casos confirmados | Gobierno del Perú [Internet]. Citado 22 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-peru-casos-confirmados>

10. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15–6.
11. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open*. 2020;3(3):e203976.
12. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;1–7.
13. Joob B, Wiwanitkit V. Traumatization in medical staff helping with COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020;(March):1.
14. Ripp J, Peccoraro L, Charney D. Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a new york city health system during the COVID-19 pandemic. *Acad Med*. 2020;95(8):1136–9.
15. Smith PM, Oudyk J, Potter G, Mustard C. The Association between the Perceived Adequacy of Workplace Infection Control Procedures and Personal Protective Equipment with Mental Health Symptoms: A Cross-sectional Survey of Canadian Health-care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Can J Psychiatry*. 2020;1–8.
16. 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(11):892–7.
17. La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo [Internet]. [Citado 21 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
18. Hopman J, Allegranzi B. Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1677–9.

19. CMP. CMP Envía carta a fiscal de la nación para que se exija cumplimiento de entrega de EPP a médicos y personal de salud - Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional [Internet]. [Citado 21 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/cmp-envia-carta-a-fiscal-de-la-nacion-para-que-se-exija-cumplimiento-de-entrega-de-epp-a-medicos-y-personal-de-salud/>
20. CMP. CMP Carta EPP [Internet]. [Citado 21 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/04/CMP-ENVÍA-CARTA-.pdf>
21. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex. 2011;53(2):243–54.
22. Hospital Almenara de EsSalud obtiene máxima categoría por su alta especialidad y capacidad resolutive en salud | EsSalud [Internet]. [Citado 25 de abril del 2020]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-almenara-de-essalud-obtiene-maxima-categoria-por-su-alta-especialidad-y-capacidad-resolutiva-en-salud/>
23. Hospital Rebagliati de EsSalud alcanza máxima categoría por su alta especialidad y capacidad resolutive | EsSalud [Internet]. [Citado 20 de mayo del 2020]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-rebagliati-de-essalud-alcanza-maxima-categoria-por-su-alta-especialidad-y-capacidad-resolutiva/>
24. Terminology | HCP | Infection Control Guidelines Library | CDC [Internet]. [Citado 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/healthcare-personnel/appendix/terminology.html>
25. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Rev la Fac Med. 2014;62(3):407–13.
26. Seedhom AE, Kamel EG, Mohammed ES RN. Predictors of perceived stress among medical and nonmedical college students, Minia, Egypt. Int J Prev Med. 2019;10(1):107.
27. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-

- Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS One. 2019;14(9):1–15.
28. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. Rev Med Chil. 2019;147(1):53–60.
 29. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, 2014. Biomédica. 2016;37.
 30. Garcia-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Paramo M, Lopez-Govez V, Freire O RJ. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Heal Qual Life Outcomes. 2010;8:8.
 31. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The gad-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–7.
 32. Chersich MF, Gray G, Fairlie L, Eichbaum Q, Mayhew S, Allwood B, et al. Covid-19 in Africa: Care and protection for frontline healthcare workers. Global Health. 2020;16(1):1–6.
 33. Zhang SX, Liu J, Afshar Jahanshahi A, Nawaser K, Yousefi A, Li J, et al. At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. Brain Behav Immun. 2020;87:144–6.
 34. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(4):1–55.
 35. Johnson SB, Butcher F. Doctors during the COVID-19 pandemic: What are their duties and what is owed to them? J Med Ethics. 2021;47(1):12–5.
 36. Buheji M, Buheid N. Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. Int J Nurs Sci.

- 2020;10(1):12–24.
37. The role of a security guard during COVID-19 [Internet]. [Citado 15 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.ifsecglobal.com/global/the-role-of-a-security-guard-during-covid-19/>
 38. WHO. Cleaning and Disinfection of Environmental Surfaces in the context of COVID-19: Interim guidance. Who. 2020;(Mayo):7.
 39. Tsang KW, Mok TY, Wong PC, Ooi GC. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong. *Respirology*. 2003;8(3):259–65.
 40. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020;28(5):1002–9.
 41. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642.
 42. Ahmed J, Malik F, Bin Arif T, Majid Z, Chaudhary MA, Ahmad J, et al. Availability of Personal Protective Equipment (PPE) Among US and Pakistani Doctors in COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2020;12(6):e8550.
 43. Rangachari P, Woods JL. Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during covid-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):1–12.
 44. Almaghrabi RH, Alfaradi H, Hebshi WAA, Albaadani MM. Healthcare workers experience in dealing with Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Saudi Med J*. 2020;41(6):657–60.
 45. Can W, Learn W, Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal Lives of. *Med Care*. 2005;43(7):676–82.
 46. Anum S. Minhas, M.D., Paul Scheel, M.D., Brian Garibaldi, M.D., Gigi Liu, M.D., M.Sc., Maureen Horton, M.D., Mark Jennings, M.D., M.H.S., Steven R. Jones, M.D., Erin D.

Michos, M.D., M.H.S., Allison G. Hays MD. Evaluation of a personal protective equipment (PPE) support programme ('PPE Helpers') for staff during the COVID-19 pandemic in London. Ann Oncol. 2020;(Enero):19–20.

ANEXOS

Figura 1

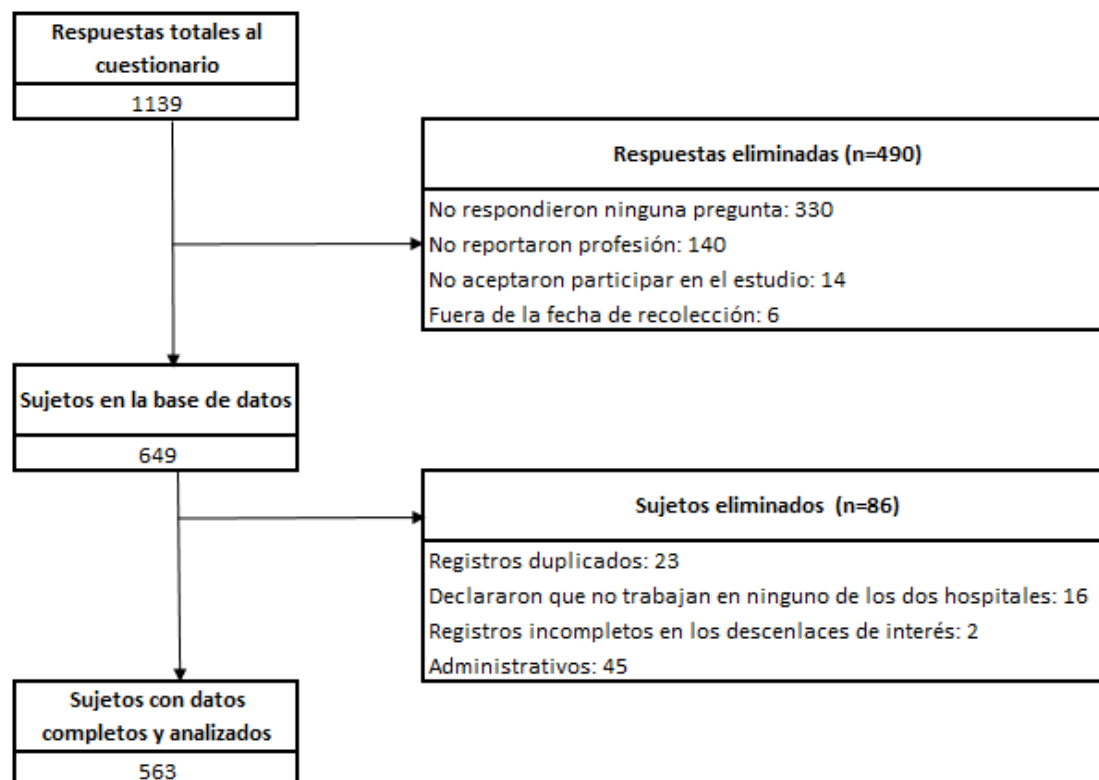


Tabla 1. Características de trabajadores de 2 hospitales EsSalud en Lima (n=563)

Características		N (%)
Sexo†		
	Femenino	338 (62.4)
	Masculino	204 (37.6)
Edad (años)*†		39 (30 - 47)
Estado marital†		
	Soltera	269 (49.6)
	Casado o conviviente	239 (44.1)
	Divorciado	25 (4.6)
	Viudo	9 (1.7)
Hospital		
	H. Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	349 (62.0)
	H. Nacional Edgardo Rebagliati Martins	214 (38.0)
Profesión		
	Médicos	88 (15.6)
	Enfermeros	124 (22.0)
	Técnicas de enfermería	73 (13.0)
	Otros trabajadores clínicos	10 (1.8)
	Personal de seguridad	126 (22.4)
	Personal de limpieza	142 (25.2)
Profesa religión†		371 (68.5)
Vive solo†		73 (13.5)
Vive con una persona de riesgo†		229 (42.3)
Antecedente de enfermedad mental†		37 (6.8)
EPP adecuado		259 (46.0)
Ansiedad		
	Normal	409 (72.7)
	Leve	111 (19.7)
	Moderado	32 (5.7)
	Severo	11 (2.0)
Depresión		
	Normal	401 (71.2)
	Leve	114 (20.3)
	Moderado	26 (4.6)
	Severo	19 (3.4)
	Muy severo	3 (0.5)
Estrés		
	Leve	116 (20.6)
	Moderado	430 (76.4)
	Severo	17 (3.0)

†: Variables totales menores a 563 debido a datos perdidos (No más del 5%); *Mediana y rango intercuartilico; EPP: Equipo de protección personal

Tabla 2. Asociación entre percepción de disponibilidad de EPP y desenlaces en salud mental, según tipo de trabajador

Desenlaces en salud mental	Estrés		Valor p*	Ansiedad		Valor p*	Depresión		Valor p*
	Leve n (%)	Moderado-Severo n (%)		Normal-Leve n (%)	Moderado-Severo n (%)		Normal-Leve n (%)	Moderado-Severo n (%)	
Total (n=563)			0.124			0.698			0.377
EPP no adecuado	70 (23.0)	234 (77.0)		282 (92.8)	22 (7.2)		281 (92.4)	23 (7.6)	
EPP adecuado	46 (17.8)	213 (82.2)		238 (91.9)	21 (8.1)		234 (90.4)	25 (9.7)	
Enfermeras(os) (n=124)			0.293			1.000**			0.313**
EPP no adecuado	7 (14.0)	43 (86.0)		47 (94.0)	3 (6.0)		48 (96.0)	2 (4.0)	
EPP adecuado	6 (8.1)	68 (91.9)		69 (93.2)	5 (6.8)		66 (89.2)	8 (10.8)	
Técnicas de enfermería (n=73)			0.745**			0.621**			0.345**
EPP no adecuado	3 (14.3)	18 (85.7)		19 (90.5)	2 (9.5)		18 (85.7)	3 (14.3)	
EPP adecuado	10 (19.2)	42 (80.8)		49 (94.2)	3 (5.8)		49 (94.2)	3 (5.8)	
Médicos (n=88)			1.000**			0.947			0.476
EPP no adecuado	5 (13.5)	32 (86.5)		31 (83.8)	6 (16.2)		29 (78.4)	8 (21.6)	
EPP adecuado	6 (11.8)	45 (88.2)		43 (84.3)	8 (15.7)		43 (84.3)	8 (15.7)	
Personal de limpieza (n=142)			0.029			0.723**			0.724**
EPP no adecuado	15 (15.0)	85 (85.0)		92 (92.0)	8 (8.0)		94 (94.0)	6 (6.0)	
EPP adecuado	13 (31.0)	29 (69.1)		40 (95.2)	2 (4.8)		39 (92.9)	3 (7.1)	
Personal de Seguridad (n=126)			0.331			0.158**			0.362**
EPP no adecuado	40 (42.1)	55 (57.9)		92 (96.8)	3 (3.2)		91 (95.8)	4 (4.2)	
EPP adecuado	10 (32.3)	21 (67.7)		28 (90.3)	3 (9.7)		28 (90.3)	3 (9.7)	

*Prueba de Chi-2; **Prueba exacta de Fisher; EPP: Equipo de protección personal

Tabla 3: Asociación entre disponibilidad de EPP y los desenlaces de salud mental.

Variable	Estrés percibido (PSS-10)		Síntomas ansiosos (GAD-7)		Síntomas depresivos (PHQ-9)	
	Coef. $r\beta$ (95%IC)	Coef. $a\beta$ (95%IC)	Coef. $r\beta$ (95%IC)	Coef. $a\beta$ (95%IC)	Coef. $r\beta$ (95%IC)	Coef. $a\beta$ (95%IC)
Tipo de profesión						
Trabajadores no clínicos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Trabajadores clínicos	2.87 (0.81 to 4.92)	2.87 (1.44 to 4.29)	1.36 (0.59 to 2.12)	1.43 (0.29 to 2.56)	1.97 (-4.70 to 8.64)	1.03 (-5.09 to 9.1)
Disponibilidad de EPP						
No adecuado	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Adecuado	1.03 (-1.74 to 3.81)	0.00 (-1.77 to 1.78)	0.31 (-0.59 to 1.22)	-0.20 (-1.27 to 0.86)	0.56 (-0.37 to 1.50)	-0.17 (-1.44 to 1.11)

Notes: Coef. $r\beta$: Coeficiente β crudo; Coef. $a\beta$: Coeficiente β ajustado por profesional de salud y disponibilidad de EPP; 95%CI: intervalo de confianza al 95%; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9: Patients Health Questionnaire-9; EPP: Equipos de protección personal; PSS-10: Perceived Stress Scale-10

Tabla 4: Análisis de sensibilidad de la asociación entre la disponibilidad de EPP y los desenlaces de salud mental

Variables	Estrés moderado-severo		Ansiedad moderada-severa		Depresión moderada severa	
	RPc (IC95%)	RPa (IC95%)	RPc (IC95%)	RPa (IC95%)	RPc (IC95%)	RPa (IC95%)
Tipo de profesión						
Trabajadores no clínicos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Trabajadores clínicos	1.23 (1.17 - 1.29)	1.23 (1.13 - 1.35)	1.53 (1.44 - 1.63)	1.56 (1.39 - 1.74)	1.82 (1.42 – 2.32)	1.79 (1.45 – 2.21)
Disponibilidad de EPP						
No adecuado	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Adecuado	1.07 (0.99 - 1.15)	0.99 (0.88 - 1.12)	1.12 (0.99 - 1.27)	0.96 (0.84 - 1.10)	1.28 (1.13 - 1.44)	1.04 (0.95 - 1.15)

Notes: IC95%: Intervalo de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia crudas; RPa: Razones de prevalencia ajustado por tipo de profesional de salud y disponibilidad de EPP; EPP: Equipos de protección personal

Tabla 5: Asociación entre la disponibilidad de EPP y los desenlaces de salud mental categorizados por el tipo de profesión.

Análisis por tipo de profesión	Estrés Moderado - severo	p-valor*	Ansiedad Moderado - severo	p-valor*	Depresión Moderado - severo	p-valor*
	RPc (IC95%)		RPc (IC95%)		RPc (IC95%)	
Enfermeras (n=124)		<0.001		0.368		0.154
EPP no adecuado	Ref.		Ref.		Ref.	
EPP adecuado	1.07 (1.03 - 1.11)		1.13 (1.06 - 1.20)		2.70 (1.28 - 5.71)	
Técnicas de enfermería (n=73)		<0.001		<0.001		0.371
EPP no adecuado	Ref.		Ref.		Ref.	
EPP adecuado	0.94 (0.80 - 1.11)		0.61 (0.58 - 0.63)		0.40 (0.20 - 0.81)	
Médicos (n=88)		<0.001		<0.001		<0.001
EPP no adecuado	Ref.		Ref.		Ref.	
EPP adecuado	1.02 (0.97 - 1.08)		0.97 (0.54 - 1.72)		0.73 (0.35 - 1.52)	
Personal de Seguridad (n=126)		0.551		0.179		0.405
EPP no adecuado	Ref.		Ref.		Ref.	
EPP adecuado	1.17 (0.70 - 1.96)		3.06 (0.60 - 15.68)		2.30 (0.32 - 16.31)	
Personal de limpieza (n=142)		0.001		<0.001		0.56
EPP no adecuado	Ref.		Ref.		Ref.	
EPP adecuado	0.81 (0.79 - 0.84)		0.60 (0.16 - 2.19)		1.19 (0.32 - 4.42)	

Notes: IC95%: Intervalo de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia cruda; PPE: Equipo de protección personal; * P-valor del análisis de interacción en la regresión de Poisson entre las disponibilidad de EPP con el tipo de profesión

Aprobación del Comité de Ética en Investigación Específico para COVID-19 de EsSalud



"Año de la Universalización de la Salud"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN ESPECÍFICO PARA COVID-19

CERTIFICADO DE APROBACIÓN ÉTICA

El Comité de Ética en Investigación Específico para COVID-19 del Seguro Social de Salud – EsSalud hace constar que el protocolo de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** bajo la categoría de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Título del estudio: Estudio de factibilidad para la implementación de teleconsultas de atención en salud mental del personal de salud y administrativos de dos hospitales de EsSalud.

Investigador principal: Dr. Jeff David Huarcaya Victoria.

El protocolo aprobado corresponde a la versión 03 de fecha 26 de junio de 2020.

La revisión del presente protocolo se realizó en conjunto con el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de pautas éticas en investigación, incluyendo el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este comité.

Cabe resaltar que, en concordancia con la resolución N° 42-IETSI-ESSALUD-2020 de fecha 27 de marzo de 2020, en el marco de la pandemia por COVID-19 y debido a la necesidad de generar información científica de forma rápida, con las limitaciones existentes, la ejecución del estudio puede iniciar con la presente aprobación, siendo este comité el responsable de comunicar a la Gerencia de la Red Prestacional Rebagliati y la Red Prestacional Almenara sobre la aprobación del estudio.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de **12 meses**; desde el 02 de julio de 2020 hasta el 01 de julio de 2021, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

Sírvase hacernos llegar los **informes de avance del estudio** en forma **semestral** a partir la presente aprobación y el artículo científico una vez concluido el estudio

Lima, 02 de julio de 2020



Dr. Jorge Alonso García Mostajo
Presidente
Comité de Ética en Investigación para COVID-19
etica.ietsi@gmail.com

Aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Científica del Sur

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA N° 300-CIEI-CIENTÍFICA-2020

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de Investigación, cuyos datos se registran a continuación, ha sido aprobado por el CIEI-CIENTÍFICA.

Código de registro: 366-2020-PRE15

Título: Disponibilidad de equipo de protección personal adecuado y su asociación con síntomas depresivos, ansiosos y estrés en trabajadores de dos hospitales nacionales EsSalud durante la pandemia de COVID-19

Investigador(a): Alejandra Belén Romero Cabrera
Ana Katherin Lindo Caverio

La aprobación del proyecto de Investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de Investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa Internacional vigente. Adicionalmente, informamos que nos ceñimos a la aprobación ética dada por el Comité de Ética en Investigación Específico para COVID-19 del Instituto de Evaluaciones Tecnológicas en Salud e Investigación de EsSalud, por lo que nuestra aprobación se limita al uso de la base de datos anonimizada y análisis estadístico.

En tal sentido, esta aprobación carecerá de valor si es que el proyecto de Investigación arriba indicado es modificado de cualquier forma. Toda enmienda, añadido, eliminación o eventualidad (eventos adversos, etc.) posterior a la fecha de aprobación debe ser reportado al CIEI-CIENTÍFICA.

La vigencia de la aprobación de este documento es de dieciocho (18) meses (hasta el 22 de abril del 2022), periodo en el que puede desarrollarse el proyecto. Cualquier trámite para su renovación deberá ser enviado antes del término de la vigencia de este documento, debiendo suspenderse todo desarrollo hasta que la renovación sea aprobada. La presentación aprobación será ratificada en la sesión del CIEI más próxima.

Villa El Salvador, 23 de octubre de 2020


Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación



Resolución de Proyecto Aprobado**RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 031 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2021**

Villa el Salvador, 21 de enero del 2021

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: "DISPONIBILIDAD DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y ESTRÉS EN TRABAJADORES DE DOS HOSPITALES NACIONALES ESSALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19".

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.


Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1º Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: "DISPONIBILIDAD DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y ESTRÉS EN TRABAJADORES DE DOS HOSPITALES NACIONALES ESSALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19", presentado por las alumnas ALEJANDRA BELÉN ROMERO CABRERA y ANA KATHERIN UNDO CAVERO con N° de registro: 366-2020-PRE15.

ART. 2º Nombrar al docente Christopher Alarcón Ruiz, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Mg. JORDI GRAU MONGE
Director Académico
Carrera de Medicina Humana

cc. Archivo

Acta de sustentación de Tesis



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 17 de marzo de 2021.

Las integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Frank Roger Mayta Tavalino	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Esp. Yahaira Becerra Becerra	
Miembro: Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

"DISPONIBILIDAD DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO Y SU ASOCIACIÓN CON SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y ESTRÉS EN TRABAJADORES DE DOS HOSPITALES NACIONALES ESSALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19"

Presentada por las estudiantes:

ALEJANDRA BELÉN ROMERO CABRERA y ANA KATHERÍN LINDO CAVERO

Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana.

Asesoradas por: Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de las estudiantes de la carrera de Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesista: ALEJANDRA BELÉN ROMERO CABRERA			Nota (en letras): Diecisiete (17)	
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()	
Tesista: ANA KATHERÍN LINDO CAVERO			Nota (en letras): Diecisiete (17)	
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()	

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Frank Roger Mayta Tavalino
Presidente del Jurado



Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz
Asesor



Méd. Esp. Yahaira Becerra Becerra
Miembro 1



Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor
Miembro 2

Instrumento de recolección de datos.**I. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

1. ¿Usted ha sido diagnosticado de alguna dificultad en su salud mental?
1. Sí [] 0. No []
2. Ha laborado en las siguientes áreas del Hospital Almenara o Rebagliati en los últimos 3 meses: Emergencia, hospitalización, UCI, administrativos (recepción, archivo o digitación), seguridad o limpieza. 1. Sí [] 0. No []
3. Actualmente, ¿usted está realizando prácticas preprofesionales de pregrado en alguno de estas áreas del Hospital Almenara o Rebagliati? 1. Sí [] 0. No []

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombre completo:
2. Correo electrónico:
3. Celular:
4. Edad (colocar su edad en años cumplidos): _____
5. Sexo: 0. F [] 1. M []
6. Estado civil: 1. Soltero [] 2. Casado [] 3. Divorciado [] 4. Viudo []
7. ¿Profesa alguna religión? 1. Sí [] 0. No []
8. Usted vive con: 1. Sólo [] 2. Pareja [] 3. Padres / otros familiares [] 4. Otros
9. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con un problema de salud mental (trastorno de ansiedad generalizado, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, etc), por un profesional de salud? 1. Sí [] 0. No []
10. ¿Vive usted con alguna persona de riesgo [Mayor de 60 años, obesidad, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular, enfermedad neurológica, diabetes, cáncer, fumadores, asmáticos, enfermedades reumatológicas, condiciones de inmunodepresión (VIH)]? 1. Sí [] 0. No []
11. Debido a la pandemia de COVID-19, ¿usted se tuvo que mudar de vivienda en los últimos 3 meses? 1. Sí [] 0. No []

III. DATOS LABORALES

1. ¿En qué hospital labora? 1. Hospital Almenara [] 2. Hospital Rebagliati []
2. ¿En qué área trabaja la mayor parte de la semana? 1. Emergencia (Sólo personal de salud) [] 2. Hospitalización (Sólo personal de salud) [] 3. UCI (Sólo personal de salud) [] 4. Administrativo (recepción, archivo, digitadores, o transporte) [] 5. Seguridad [] 6. Limpieza []
3. ¿Qué tipo de profesional de salud es? 1. Médico(a) asistente [] 2. Médico(a) residente [] 3. Enfermera(o) [] 4. Técnico(a) de enfermería [] 5. Obstetrix [] 6. Nutricionista [] 7. Psicólogo(a) [] 8. No soy profesional de salud []
4. Usted trabaja DIRECTAMENTE (Evaluación física o estar cerca del paciente, aproximadamente a menos de 2 metros): con pacientes tipo ... 0. No trabajo cerca de pacientes [] 1. Pacientes con SOSPECHA de COVID-19? [] 2. Pacientes DIAGNOSTICADOS con COVID-19? []
5. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia la institución donde trabaja le ha brindado, según su nivel de exposición, la cantidad y calidad adecuada de equipos de protección personal (mascarillas, alcohol en gel, lentes, etc.), cuando iniciaba sus labores?
0. Ningún día [] 1. Varios días (entre 1 a 6 días) [] 2. Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) [] 3. Casi todos los días (12 o más días) []
6. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha percibido ser estigmatizado o rechazado por mi familia o vecinos por trabajar en un hospital (p.ej., se alejan de mi por temor a ser contagiados por el COVID-19)?
0. Ningún día [] 1. Varios días (entre 1 a 6 días) [] 2. Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) [] 3. Casi todos los días (12 o más días) []
7. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha pensado que puede perder su empleo en el próximo mes?
0. Ningún día [] 1. Varios días (entre 1 a 6 días) [] 2. Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) [] 3. Casi todos los días (12 o más días) []

8. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido temor de contagiar a mis familiares con el COVID-19 porque trabajo en un hospital
0. Ningún día [] 1. Varios días (entre 1 a 6 días) [] 2. Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días) [] 3. Casi todos los días (12 o más días) []
9. En las últimas dos semanas, ¿Usted ha sentido alguno de los siguientes síntomas? (Puede marcar más de uno)
1. Tos seca [] 2. Congestión nasal [] 3. Malestar general [] 4. Dolor de garganta [] 5. Sensación de falta de aire [] 6. Diarrea [] 7. Dolor de cabeza [] 8. Pérdida del olfato [] 9. Pérdida del gusto [] 0. Ningún síntoma []

IV. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Durante los ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *

0 = Ningún día; 1 = Varios días (entre 1 a 6 días); 2 = Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días); 3 = Casi todos los días (12 o más días)

1. Poco interés o placer en hacer cosas.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), triste o sin esperanzas.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
5. Sin apetito o ha comido en exceso.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver la televisión.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? ¿O lo contrario, muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto (a) o de hacerse daño de alguna manera.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []

V. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS: Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) **Durante los ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? ***

0 = Ningún día; 1 = Varios días (entre 1 a 6 días); 2 = Más de la mitad de los días (entre 7 a 11 días); 3 = Casi todos los días (12 o más días)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a), o con los nervios de punta.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
4. Ha tenido dificultad para relajarse.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a).
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
6. Se ha molestado o irritado fácilmente.
0 [] 1 [] 2 [] 3 []
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar.

0 [] 1 [] 2 [] 3 []

VI. EVALUACIÓN DE ESTRÉS PERCIBIDO: Perceived Stress Scale-10 (PSS-10)

Durante los ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿qué tan seguido ha tenido molestias o problemas debido a los siguientes problemas? *

0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = De vez en cuando; 3 = A menudo; 4 = Muy a menudo

1. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
2. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
3. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
5. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
6. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
7. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
8. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
9. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
10. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?
0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []