



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID-19 en el sector centro de la ciudad de
Guayaquil, durante el año 2021-2022**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Chávez Tenesaca, Evelyn Mercedes

Directora: Sánchez León, Carmen Delia

GUAYAQUIL

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 12 de octubre del 2022

Magister

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

Director de la carrera de psicología

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de Covid-19, en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022, realizado por EVELYN MERCEDES CHAVEZ TENESACA, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Mgtr. Carmen Delia Sánchez León

Directora del trabajo de Integración Curricular

C.I.: 1102460142

Correo electrónico: cdsanchez@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Evelyn Mercedes Chávez Tenesaca, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de covid-19 en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022, de la carrera de psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: el capítulo uno marco teórico, capítulo dos metodología, capítulo tres presentación y análisis de resultados, además conclusiones y recomendaciones, siendo la Mgtr. Carmen Delia Sánchez León, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autora: Evelyn Mercedes Chávez Tenesaca

C.I.: 0950598706

Correo electrónico: emchavez8@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mis padres, ya que con su apoyo, confianza y amor, he podido lograr las metas que me he propuesto.

Agradecimiento

Agradezco a las personas que me han proporcionado su información a través de encuestas, para que este trabajo sea de calidad, agradezco a mi amiga María José por estar presente en cada momento y brindarme su apoyo.

Índice de contenido

Carátula	¡Error! Marcador no definido.
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	5
Marco teórico	5
1.1 COVID-19	5
1.1.1 <i>Reseña histórica de la pandemia</i>	5
1.1.2 <i>Consecuencias de COVID-19</i>	7
1.1.3 <i>COVID-19 en Ecuador</i>	9
1.1.4 <i>COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones</i>	11
1.2 Afectaciones a la salud mental.....	12
1.2.1 <i>Salud mental</i>	13
1.2.2 <i>Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios</i>	21
1.3 Variables psicosociales relacionales a la salud mental.....	25
1.3.1 <i>Inflexibilidad psicológica</i>	25
1.3.2 <i>Soledad y apoyo social</i>	27
1.3.3 <i>Estrategias de afrontamiento</i>	29

1.3.4	<i>Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la salud</i>	30
Capítulo dos	34
Metodología	34
2.1	Objetivos	34
2.1.2	<i>Objetivo general</i>	34
2.1.3	<i>Objetivos específicos</i>	34
2.2	Preguntas de investigación	34
2.3	Diseño de investigación	35
2.3.1	<i>No experimental</i>	35
2.3.2	<i>Transversal</i>	36
2.3.3	<i>Exploratoria</i>	37
2.3.4	<i>Descriptiva</i>	37
2.3.5	<i>Cuantitativa</i>	38
2.4	Población y muestra	38
2.4.1	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	38
2.5	Instrumentos de recogida de información	39
2.5.1	<i>Cuestionario ad hoc sociodemográfico</i>	39
2.5.2	<i>Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)</i>	39
2.5.3	<i>Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)</i>	40
2.5.4	<i>Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)</i> 7	40
2.5.5	<i>Escala de soledad (UCLA-3)</i>	41
2.5.6	<i>Índice de Calidad de sueño (PSQI)</i>	41
2.6	Procedimiento	42
Capítulo tres	44
Presentación y análisis de resultados	44

3.1 Análisis de resultados.....	44
3.2 Discusión	47
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Referencias	60
Apéndice	71
Apéndice A. Documento de información general y consentimiento informado.....	71
Apéndice B. Instrumentos de aplicación	74

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.....	44
Tabla 2 Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.....	45
Tabla 3 Percepción de salud mental del personal de salud.....	46
Tabla 4 Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad	46
Tabla 5 Calidad de sueño del personal de salud.....	47

Resumen

La propagación por SARS-CoV2, proveniente de China, trajo como consecuencia severos problemas en la salud física y mental en los médicos, ya que, al estar expuesto al contagio, se evidencia desgaste y falta de soporte emocional. Por lo consiguiente se ve la necesidad de estudiar la salud mental en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, en Ecuador.

El objetivo de esta investigación, es determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19, en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022. Las características del diseño de investigación son: no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva, cuantitativa; por otra parte, se seleccionaron a 44 profesionales de salud y la técnica empleada fue de muestreo no probabilístico; los instrumentos aplicados son: DASS-21, AAQ-II, UCLA-3, Cuestionario Pittsburg de calidad de sueño. Además, la mayoría de los participantes no presentan índices perjudiciales en lo que respecta a la salud mental.

Palabras clave: Salud mental, trabajadores sanitarios, COVID-19.

Abstract

The spread of SARS-CoV2, from China, resulted in severe physical and mental health problems in doctors, since, being exposed to contagion, wear and lack of emotional support is evident. Therefore, there is a need to study mental health in health professionals during the COVID-19 pandemic in the downtown sector of the city of Guayaquil, in Ecuador. The objective of this research is to determine the mental health status of health workers during the COVID-19 pandemic, in the downtown sector of the city of Guayaquil, during the year 2021-2022. The characteristics of the research design are: non-experimental, cross-sectional, exploratory, descriptive, quantitative; on the other hand, 44 health professionals were selected and the technique used was non-probabilistic sampling; the instruments applied are: DASS-21, AAQ-II, UCLA-3, Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire. In addition, most of the participants do not present detrimental indices in terms of mental health.

Keywords: Mental health, health workers, COVID-19.

Introducción

Este trabajo de investigación hace referencia a la salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022, ya que, el virus ha repercutido en los médicos, en relación a las variables de estudio.

A finales del año 2019, se evidenció una propagación por COVID-19, ocasionando sintomatología respiratoria grave en las personas; este síndrome empezó en la provincia de Hubei, China y se expandió por todo el mundo. Además, a principios del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró estado de emergencia en todos los países, debido a que los casos de contagios eran elevados (Gaunche, 2020).

La mayoría de los gobiernos adoptaron medidas de bioseguridad y en la actualidad se siguen implementando para precautelar la salud de los individuos. En Ecuador, la emergencia sanitaria no ha finalizado, ya que los profesionales de la salud trabajaron bajo presión, varios médicos se expusieron al brote en el proceso de tratar este virus e infectaron a sus seres queridos, esto generó problemas psicosociales y emocionales.

Según Quiroz-Ascencio et al. (2021) indicaron en sus estudios que no presentan registros en las 3 dimensiones del burnout. Mientras que los estudios de Santamaría et al.(2021) demostraron niveles leves de ansiedad, depresión y estrés. Por otra parte, los investigadores Montes-Berges y Ortúñez Fernández (2021) expusieron tasas de prevalencia bajas en relación a la inflexibilidad psicológica y bajas en cuanto a percepción de soledad. Referente a la calidad del sueño los indagadores Vaca y Mayorga (2021) presentan niveles medios de dificultad para dormir.

El presente trabajo, está estructurado de la siguiente manera: el capítulo uno, abarca el marco teórico que trata sobre las definiciones, origen, sus consecuencias, cómo afectó el coronavirus en Ecuador y las repercusiones en el personal de salud; además se detalla la salud mental como estrés, ansiedad, depresión, sobrecarga laboral y las afectaciones en la calidad del sueño.

El capítulo dos, corresponde a metodología, hace referencia a los 44 participantes de la muestra, a quienes se les administró los cuestionarios DASS-21, AAQ-II, UCLA-3, Cuestionario Pittsburg de calidad de sueño. Estos instrumentos dan pauta para conocer si los profesionales presentan niveles elevados, medios o bajos en las variables estipuladas. La recolección de datos se la realizó en línea. Las características del diseño de investigación son: no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y cuantitativa.

El capítulo tres, hace mención al análisis y discusión de resultados, en el cual se muestra los resultados de las encuestas arrojadas con base a investigaciones de diferentes autores; se comparan los datos similares y se efectúa su respectiva conclusión. Finalmente se culmina con las conclusiones y recomendaciones.

Por lo tanto, la importancia de este trabajo de investigación, servirá para mejorar la calidad de vida física y mental de la ciudadanía en general, brindar recomendaciones y tomar las medidas pertinentes para evitar posibles contagios, ya que se está consciente de las consecuencias que trae el virus. Para la UTPL, este trabajo servirá de guía para otros estudiantes que vayan a realizar su trabajo de investigación. Su objetivo principal es conocer la salud mental en los profesionales sanitarios, y la recolección de datos dio paso a las variables de estudio.

Este trabajo fue posible mediante el envío de enlace de las encuestas a través de un mensaje por la red social WhatsApp, ya que debido a la COVID-19 no se permitía acercarse a las instituciones de salud.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causado por el virus SARS-CoV-2 de la cadena ARN originando una variedad de infecciones en el cuerpo del ser humano de diferentes síntomas. Durante la emergencia sanitaria hasta la actualidad, el COVID-19 ha causado un sinnúmero de muertes a nivel mundial, no sólo afectando a la salud de los seres humanos, sino también causando estragos económicos y sociales en todos los países; por lo cual, los gobiernos alrededor del mundo han implementado estrategias que les permitan superar los problemas que dejó la pandemia por el coronavirus.

Pérez et al. (2020) Destacan que la rápida expansión de la pandemia por el COVID-19 hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basado en el impacto que el virus podría ocasionar en la población de los países de todo el mundo y, la reconocería como una pandemia, el 11 de marzo. En los primeros días del mes de abril de 2020, se evidenció que, 182 países contaban con casos positivos de COVID-19, con 1.563.857 casos confirmados y 95.044 fallecidos, con una letalidad del 6,08 %. En América Latina se reportaron 537.678 casos confirmados, lo que constituye que el 34,4 % del total de los casos reportados en el mundo con 19.309 fallecidos hasta el 10 de abril de 2020 para un porcentaje del 3,59 %; Estados Unidos fue el país con mayor cantidad de casos reportados sobrepasando los 501.680 casos confirmados y 18.780 fallecidos durante los primeros meses de la pandemia.

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

El coronavirus conocido como COVID-19, tuvo su origen en la ciudad de Wuhan, en China.

A mediados de diciembre del 2019, las autoridades sanitarias de China detectaron una serie de casos de neumonía producida por una causa desconocida en un mercado de mariscos que exportaba animales exóticos. Desde ese entonces se originó una alarma sobre una nueva enfermedad desconocida.

Alrededor de tres meses después del primer caso, se produjo más de 150.000 casos y cerca de 6.000 muertos en todo el mundo, de acuerdo a lo establecido por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés). (Redacción Médica, 2020)

Según Doris Durán et al. (2020) en su artículo científico titulado "Propiedades diagnósticas de las definiciones de caso sospechoso de COVID-19 en Chile" mencionan que:

El COVID-19 hasta la actualidad constituye una gran amenaza para la salud pública a nivel mundial. Por lo tanto, esta enfermedad es el resultado del contagio por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave del virus (SARS-CoV-2), declarado por primera vez a mediados de diciembre del año 2019 por el Gobierno Chino. A principios de marzo del 2020, la enfermedad causada por el COVID-19 ya estaba presente en más de 100 países alrededor del mundo y desde entonces la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró pandemia en todo el mundo. (p. 2)

A finales de marzo de 2020, se demostró que más de medio millón de personas alrededor del mundo, presentaban cuadros clínicos graves y más de 26.000 muertes, imponiendo importantes retos a los profesionales de la salud en todos los países para el control y prevención de los contagios en las comunidades e instituciones de salud. Además, la pandemia del coronavirus no solo afectó a la salud pública de la población, sino que también causó gran impacto negativo a la economía de los gobiernos a nivel mundial. (Guanche, 2020).

Monroy-Gómez y Torres-Fernández (2020) manifiestan que los coronavirus se subdividen en beta coronavirus, delta coronavirus, gamma coronavirus, los mismos que causan afecciones leves en las áreas de respiración, graves infecciones en los pulmones, que van desde adolescentes hasta adultos mayores; mientras que el alfa coronavirus, produce bronquiolitis en infantes. El COVID-19, es un reciente virus de la familia coronaviridae, aunque continúa aumentando las cifras de contagio de manera intercontinental; hoy en día nos autoriza erigir varias sugerencias para el empleo de los

pacientes que desenvuelven insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y mal funcionamiento en los órganos.

De acuerdo a Medina et al. (2021) las vías de transmisión del COVID-19 son mediante gotas respiratorias, aerosoles y por medio de contacto con superficies contaminadas, la transmisión del virus SARS-CoV-2 puede ocurrir en espacios cerrados y abiertos. Entre los síntomas que se pueden presentar en una persona después de haber contraído el virus son: fiebre con mayor a 38 °C, tos seca, mialgias, anosmia, síntomas respiratorios leves, síntomas gastrointestinales; en casos graves se presenta la hipoxemia, disnea, falla respiratoria y síndrome agudo respiratorio severo.

Para López-Sampalo et al. (2021) la sintomatología del COVID-19 empieza con una fase aguda de la enfermedad durante un periodo de 5 a 11 días después de haber extraído el virus. Sin embargo, diferentes estudios científicos realizados por la Organización Mundial de la Salud, mencionaron que del 10 al 15% de los pacientes con COVID-19 pueden presentar síntomas persistentes, semanas o meses después de la infección logran exponer: dolor torácico, disnea, palpitación, síntomas gastrointestinales, confusión mental, ansiedad, depresión y entre otros síntomas relacionado a la fase aguda.

Es evidente entonces que, el COVID-19 ha dejado estragos en varios países, generando malestares en la salud de los individuos, afectando tanto a infantes como adultos mayores; además, el brote fue aumentando con el pasar de los meses, debido al desconocimiento del nuevo virus, es por ello, que la transmisión se da por: contacto, nariz y boca.

1.1.2 Consecuencias de COVID-19

La pandemia generada por la COVID-19 desde su aparición hasta la actualidad, ha provocado graves daños en lo social, salud, económico, psicológico y político, especialmente en personas con riesgo de exclusión social, creando una gran crisis humanitaria a nivel del mundo; que han llevado a los gobiernos de los países a elaborar estrategias de desarrollo económico para el mejoramiento de la calidad de vida de sus ciudadanos, bajo condiciones de políticas para la seguridad de la salud de su población (Millán-Franco, 2020).

De acuerdo con Ballena et al. (2021) indican que la pandemia por el COVID-19 ha tenido impactos negativos en varios aspectos de la vida del ser humano, tanto social, económico, físico, psicológico y cultural. Las consecuencias que ha provocado la pandemia por el COVID-19 en el ambiente social y familiar, el aislamiento, el distanciamiento, cierre de escuelas y lugares de trabajo; en lo psicológico causó estrés, miedo y soledad. En el ámbito económico también se afectó de gran manera por la cuarentena, esto se debe a despidos laborales por causa del desenvolvimiento de las actividades productivas de los países.

Primordialmente, tanto la prevención de infecciones como el método de tratar la enfermedad, ejercen una gran influencia sobre los servicios de salud, cuya respuesta y capacidad de funcionamiento dependen tanto de las condiciones iniciales como del recurso de patrimonios públicos adicionales para satisfacer las necesidades máximas (De Rosa et al., 2020).

Así mismo, Peñafiel-León et al. (2020) señalan que la deuda pública del Producto Interno Bruto en la región de Latinoamérica, aumentó más, que los años anteriores de la pandemia:

El cual está liderado por Venezuela (80,8%), Argentina (80,1%), Brasil (78,2%), y el Salvador (76,4%), le sigue Uruguay (60,7%), Nicaragua (52,4%), Colombia (48,2%), Ecuador (46,5%) y México (45,2%). Paralizando la economía del mundo y hundiendo las bolsas europeas, asiáticas y americanas. (p. 121)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó desde el primer momento de la aparición del COVID-19 que existió un alto riesgo de contagio y propagación rápida en todos los países; empleando, en conjunto con los directivos de la salud pública, reglas para contener la pandemia en sus habitantes; aunque no puede darse por sentado el éxito a largo plazo; todos los sectores sociales, económicos, educativos y productivos, tuvieron que detener sus labores con responsabilidad y compromiso si deseaban detener la transmisión de la enfermedad (Peraza de Aparicio, 2020).

Con base a lo expuesto anteriormente, debido al COVID-19 las empresas optaron por despedir personal, debido a que no poseen los recursos financieros para poder pagar los

salarios de los empleados, quedando en el desempleo varias personas e incluso algunos solo contaban con un familiar que sustentaba el hogar, pero falleció por el SARS-COV-2 dejando a familias vulnerables, esto trajo consecuencias como: robo por el desempleo, ventas informales, debido a la falta de trabajo, aunque muchos optaron por no comprar objetos ni comida en la calle por temor a contagiarse, aumentando con esto la desestabilización laboral, económica y emocional en la mayoría de los hogares.

La pandemia ha dejado consecuencias nefastas en la población, no solamente por la cantidad de muertes a causa del COVID-19, sino que también debido a los cierres de fronteras en todo el mundo. América latina siendo la más afectada, ya que las deudas externas se incrementaron; hubo despidos masivos, los puestos en las empresas no contaban con saldos suficientes para mantenerse de pie, las actividades económicas por falta de consumo masivo. Los ciudadanos de todos los países de América latina, no podían con la situación que atravesaron, por lo que optaron por tener ingresos de diferentes emprendimientos que se dieron durante el toque de queda y el aislamiento social.

1.1.3 COVID-19 en Ecuador

Santillan Haro y Palacios Calderón (2020) afirman que en el Ecuador el primer caso de COVID-19 se dio el 29 de febrero del 2020 en una mujer de alrededor de 71 años de edad, la ciudadana ecuatoriana regresa de España el 14 de febrero, y el 13 de marzo del 2020 fue notificado por el Gobierno Ecuatoriano y la prensa nacional el fallecimiento de la paciente 0. Desde entonces los casos por coronavirus se fueron incrementando en todo el territorio nacional, el 21 de marzo del 2020 el Estado Ecuatoriano dirigido en ese entonces por el expresidente Lenin Monero, aplicó el toque de queda desde las 19h00 hasta las 05h00 del siguiente día. El 25 de marzo del mismo año, fue extendido el toque de queda desde las 14h00 hasta las 05h00 del siguiente día, esto debido al aumento de los casos en todo el país.

Además, en el Ecuador desde el primer caso por COVID-19 la cifra de contagios ascendió a 4.450 casos y 242 muertes. El 24 de abril del 2020, luego de haber transcurrido 40 días de confinamiento y aislamiento por el toque de queda, se tomaron 56.513 pruebas

rápidas con 22.719 casos de contagios confirmados y 576 fallecidos por COVID-19, llevando al aumento la tasa de la curva epidemiológica. (p. 2)

Guayaquil, fue la ciudad más perjudicada, con 1.520 casos positivos, localizados durante los primeros días del mes de abril, con casos muy graves en diferentes regiones del país. Cientos de pacientes se encontraban internados con cuadros clínicos graves y los profesionales de salud, se han visto afectados por la contaminación del virus en el trabajo, debido a la ausencia de equipos y suministros de protección. El gobierno afirma que realizó unas 9.000 pruebas entre el 29 de marzo y el 1 de abril. Aunque, según las estadísticas, la prevalencia de mortalidad por el virus, es menor para mujeres que para los hombres, las mujeres sufren un impacto en mayor proporción, agregando el bloqueo económico y el confinamiento, sumado a la violencia intrafamiliar y a la corrupción de diferentes políticos en Ecuador (Labarthe, 2020).

La crisis socioeconómica internacional desatada por la pandemia del COVID-19, ha repercutido en la estabilidad económica del Ecuador, generando volatilidad en sus indicadores económicos, permitiendo una gran crisis sanitaria en los centros de salud pública, por la falta de materias e insumos para hacerle frente al virus.

Mientras la mayor parte de los ecuatorianos se encontraban en cuarentena por miedo a contagiarse del COVID-19, unos luchaban con la enfermedad y otros morían debido a la misma; sin embargo, algunos directivos del área de salud a más de funcionarios de organismos gubernamentales hacían compras con sobrepuestos que favorecían a cómplices o allegados que se enriquecían de manera ilícita en plena emergencia sanitaria (Guayas y Los Ríos tienen 23 de los 45 casos de corrupción investigados en esta emergencia, 2020).

En la segunda semana de marzo del año 2020, el expresidente Lenín Moreno, estableció estado excepción en todo el país, dictando medidas drásticas como el cierre de aeropuertos, distanciamiento social, implementando el teletrabajo y toque de queda. “Guayaquil documentó los índices de defunción elevados del país el 1 de abril del 2020, es decir, 1,35 individuos más afligidos en América Latina, y el número de muertes por cada cien mil residentes” (Santilán Haro y Palacios Calderón, 2020, p. 2).

Sólo en la ciudad de la ciudad de Guayaquil, las personas que fallecían estaban abandonadas en las calles y dentro de los hogares, esperando a que los profesionales de las ciencias forenses retiren los cadáveres, algunas personas no identificadas los procedían a enterrar en fosas, en la actualidad aún se desconoce su identificación.

En conclusión, varios ciudadanos ignoraron las medidas impuestas por el anterior gobierno, asistiendo a fiestas secretas o realizando viajes dentro del país, a causa de esto, las personas se infectaron, poniendo en riesgo, tanto sus vidas, como la de sus familiares, ocasionado así, índices elevados de mortalidad en el país.

1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

Para López Izurieta y López Izurieta (2021) la pandemia desatada por el COVID-19, representó una gran amenaza al sistema de salud alrededor del mundo, sobre todo a los países de mediano y bajos recursos económicos, ya que para enfrentar la crisis de la emergencia sanitaria se requería de un gran apoyo económico y de responsabilidad social de las personas, por lo tanto, fue fundamental la implementación de medidas profilácticas como el toque de queda en todo el mundo, para así no saturar el sistema sanitario de salud como: el cierre de eventos sociales, aglomeración de personas, medidas de aislamiento y distanciamiento social. Por lo tanto, fue fundamental fortalecer la salud mental del personal sanitario para mantener el bienestar de trabajadores de primera línea como: médicos, enfermeros, auxiliares, etc.

Además, en un estudio realizado en Latinoamérica por Samaniego, en Paraguay se estableció que el personal sanitario, es sometido a factores que favorecen al desarrollo de alteraciones en la salud mental como fue el turno extendido de trabajos, carga laboral y disminución de los periodos de descanso, donde los profesionales de la salud presentaron ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga, donde las mujeres tenían una mayor predisposición a presentar ansiedad. (p. 48)

El Ecuador atravesó un gran problema por la pandemia del COVID-19, cuyas consecuencias no solo afectaron a la salud humana, sino también al ámbito social y económico.

La emergencia sanitaria, trajo graves repercusiones en la vida cotidiana, de los médicos ya que, se encontraban expuestos ante el COVID-19, por lo tanto, siempre están en peligro. Pese a tener las herramientas para evitar el contagio temían acercarse a sus familias y amigos para no infectarlos, muchos médicos, enfermeros dejaron de ir a sus casas con el objetivo de garantizar el bienestar de sus seres queridos. De igual manera, el cansancio mental y físico se generó por el alto grado de pacientes, no poder conciliar el sueño por las pocas horas de descanso que tenían.

En lo que se refiere al sistema sanitario la pandemia de COVID-19, tuvo nefastas consecuencias ya que no se encontraban preparados para superar esta crisis, por lo cual, los gobiernos de turno tuvieron que tomar medidas extremas como: confinamiento, cierre de eventos, distanciamiento social, medidas sanitarias, para que las personas tomen conciencia y responsabilidad para poder afrontar la gravedad del caso. Uno de los más afectados fue el personal de salud, tanto en la parte física, como emocional, ya que estuvieron en contacto directo con los enfermos; a más de estas causas no se puede dejar a un lado la gran conmoción y violencia social que se vivió en todo el mundo, debido a la pandemia.

1.2 Afectaciones a la salud mental

El impacto de la pandemia por el COVID-19, afectó en gran parte a la salud mental de las personas, produciendo lesiones físicas, emocionales y afectación psíquica, implicando una amenaza a la vida, la salud y sus bienes materiales, generando un impacto social y económico en todos los países del mundo. El SARS COV-2, ha detenido las asistencias en salud mental, por lo tanto, el coronavirus ha dejado consecuencias en las afectaciones al personal sanitario, tanto que, este personal ha sido primordial en su bienestar emocional, psicológico y social, como se detalla a continuación.

La salud mental y física del profesional sanitario, también se vio afectada negativamente, con un aumento de los problemas del sueño, sedentarismo y trastornos por ansiedad, depresión y estrés. Esto debido a las repercusiones cognitivas del aislamiento social, familiar, largas jornadas laborales y la lucha constante con pacientes contagiados, la falta de interacción social desarrolladas por la pandemia, generó un impacto negativo en la

salud mental y física de los profesionales de la salud. Además, son quienes están soportando los peores efectos de la pandemia.

1.2.1 Salud mental

Según Gonzalo (2018) la salud mental se entiende como las acciones promocionales y preventivas, esto lleva a salir fuera del ámbito conocido como sanitario. La salud mental se reduce a una serie de trastornos denominados mentales y comportamientos no adecuados. Sin embargo, en un paciente, la salud mental suele delimitar su rango de acciones de manera más bien conversaciones, en función a un listado de trastornos que serían de su especialidad (p. 88).

La enfermedad de la salud mental es el proceso terapéutico que se desarrolla en las relaciones interpersonales de un individuo y de ayuda con otro. Las relaciones interpersonales entre los ciudadanos, se basan en la interacción de los profesionales de salud con los pacientes para satisfacer sus necesidades a través del crecimiento cooperativo.

Dentro de la salud mental del profesional se enfoca en el autoconocimiento, que parte del hecho de conocerse para tener la capacidad de tratar con otros, haciendo referencia a ponerse en el lugar de algún paciente, influyendo en la calidad de vida relacionada a la salud de la familia o comunidades. (Martinez-Esquivel, 2020)

La salud mental, son las acciones que influyen en el bienestar emocional, social y psicológico de las personas. También determina cómo los seres humanos manejamos el estrés, la ansiedad y nuestro comportamiento con la sociedad. Empleando las palabras de Etinne (2018) “la salud mental permite a las personas hacer frente al estrés y ansiedad normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyente a sus comunidades” (p.1).

La palabra ansiedad, proviene del latín *anxietas* que significa estado de angustia o aflicción: Se define que la ansiedad hace referencia a un conjunto de declaraciones físicas y psíquicas que no se deben a una contingencia real, sino que se expresan ya sea en forma de ataque, más allá de una actitud fija y general que puede llevar al

miedo; sin embargo, admite otras características neuropsiquiátricas como signos histéricos o no recurrentes que no eclipsan el síndrome. (Sierra et al., 2003, pp.14-15)

Para Díaz Kuaik y De la Iglesia (2019) la ansiedad es un fenómeno paradigmático, la cual ha sido tarea fundamental de estudio científico de la psiquiatría y la psicología. La ansiedad se define como una emoción que se experimenta en base a las situaciones en las que los seres humanos se sientan amenazados por cualquier consecuencia que les pueda suceder de manera externa o interna. La ansiedad se genera en dos fases cuando no se trata a tiempo, como: la leve y transitoria es causada por un evento estresante, esto puede durar por lo menos 6 meses, así mismo puede empeorar si no se trata a tiempo.

La ansiedad es un fenómeno físico y psíquico que afecta a las personas en un determinado tiempo, después de haber sufrido una crisis emocional de pánico, preocupación, angustia, aflicción, de acuerdo a la situación o estado de ánimo que el individuo puede estar pasando en su vida. Esta tiene dos fases que son: leve y transitoria, las mismas que se pueden superar si son tratadas a tiempo por un profesional del caso; por lo tanto, es importante que una persona goce de un estado emocional saludable para poder desenvolverse en cualquier ámbito de su vida.

American Psychiatric Association (APA, 2014) postula que los síntomas de la ansiedad son:

- Falta de aire
- Malestar abdominal.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Sensación de nerviosismo.
- Aumento del ritmo cardiaco.
- Sudoración.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones.

- Temor a evitar las situaciones que generen ansiedad.

La ansiedad se detalla como la anticipación a una amenaza que se genera por la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, permitiendo un estado de inquietud, agitación y preocupación.

Trastornos de ansiedad (2021) refieren que las causas médicas de la ansiedad son:

- Problemas con el azúcar
- Problemas de tiroides e hipertiroidismo.
- Afecciones en el corazón.
- Problemas mentales y físicos.
- Abuso o abstinencia de drogas.
- Malestar estomacal.
- Rechazo del alcohol y ansiolíticos.

El estilo de crianza, interfiere en las relaciones futuras, ya que, si los cuidadores fueron negligentes durante su infancia, esto proporcionaría inseguridades en las acciones a efectuar y se cuestiona por qué su vida es de esa forma; del mismo modo, sufrir situaciones traumáticas como: violaciones, accidentes, genera daños en el cerebro, vinculándose a la sintomatología de la ansiedad.

De acuerdo a Retamal (1998) "La depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con grado de pérdida e interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales" (p.9).

Vidal (2019) señala que la depresión es un trastorno de la salud mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo, sentimiento de tristeza en los individuos, esto asociado a alteraciones del comportamiento y la conducta; del grado de acciones y del pensamiento. Por otro lado, la depresión puede tener muchos síntomas físicos, dolores y malestares en la cabeza, calambres digestivos. Una vez que el individuo supere los síntomas de la depresión, deberá seguir bajo tratamiento antidepresivo para así evitar posibles recaídas.

La depresión es un padecimiento habitual que interfiere con la vida cotidiana de los sujetos, como el aforo para laborar, educarse, alimentarse, conciliar el sueño, recrearse de la existencia. La depresión es causada por una composición de componentes hereditarios, biológicos, sociales y psicológicos, es establecido por la (Organización Panamericana de la Salud [OPS] ,2019). Coryel (2021) deduce que la depresión se contribuye de diversos factores como: genéticos, efectos secundarios de determinadas medicinas, circunstancias agudas con eminentes cargas emocionales y de alteraciones hormonales.

(Apa, 2014) declaran que los síntomas de la depresión son:

- Dificultad para dormir
- Pérdida de apetito.
- Fatiga.
- Dificultad para concentrarse.
- Ideas suicidas.
- Sentimientos de culpa.
- Aislamiento social.
- Baja autoestima
- Irritabilidad.
- Movimientos corporales lentos o rápidos.
- Estado deprimido la mayor parte del día.

La depresión consiste en un estado anímico de una persona, que se basa en la falta de interés por realizar actividades que antes disfrutaba; la depresión y el estrés también son factores que intervienen en la vida diaria de los seres humanos que pueden hacer que los individuos tengan impresiones de tristeza, sin embargo, las personas que sufren de depresión, no solo afrontan los bajos estándares de los estados de ánimo que pueden suceder de vez en cuando, si no que logran experimentar emociones constantes de vacío. La depresión también puede ser heredada, entre sus consecuencias están: cambio de conductas, dolores de cabeza, malestares digestivos, entre otros.

Los problemas que pueden causar depresión en el individuo son:

- Largas jornadas de trabajo
- La pérdida de alguien de su entorno familiar
- Problemas laborales
- Rupturas emocionales
- Enfermedades crónicas propias o de algún familiar.
- El exceso de trabajo.

Gil López y Gea Brugada (2022) indican que los efectos de la depresión:

- Aislar o retirarse de la sociedad.
- Mayor riesgo de desarrollar otro padecimiento de salud mental.
- Mal desempeño en el trabajo o la escuela.
- Falta de control de los impulsos.
- Tomar malas decisiones.
- Altos niveles de ansiedad.
- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Sistema inmunológico debilitado.
- Úlceras y cefaleas tensionales crónicas.
- Alta presión sanguínea.

Bairero Aguilar (2017) en su artículo científico titulado “El estrés y su influencia en la calidad de vida” menciona que:

El estrés es una afección de salud mental que tiene gran importancia en la calidad de vida de los seres humanos. La definición del término estrés está relacionado con todos los aspectos de la vida, el estrés se genera por la formación del sistema nervioso, la muerte neuronal por varios motivos de la vida, agresiones emocionales, problemas cotidianos, etc. También el estrés es un estado psíquico determinado por una tensión nerviosa violenta y que se acompaña de un grado de ansiedad del comportamiento del individuo. (p. 972)

Gallardo Ponce (2021) describió los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 en el personal del ámbito sanitario, menciona que el estrés es un mecanismo que se pone en marcha cuando un individuo se llena de excesos de situaciones que superan su capacidad o recursos. En estos casos, la persona o el individuo experimenta una sobrecarga de actividades que puede influir en el bienestar, tanto físico como mental, psicológico y social. El estrés también actúa de manera positiva durante un proceso de adaptación de los individuos al medio.

Síntomas del estrés

El estrés en los seres humanos puede causar un sinnúmero de síntomas, tanto físicos como social, psicológico y emocional, los síntomas más frecuentes son:

- Dolor de cabeza.
- Insomnio
- Mala memoria.
- Diarrea.
- Falta de energía o de concentración.
- Cambios de la conducta.
- Problemas de salud mental.
- Problemas cardiovasculares y musculo esqueléticos.
- Cambios de peso.
- Problemas estomacales.
- Cansancio constante y prolongado.
- Problemas sociales.
- Envejecimiento prematuro.

Adicionalmente, se genera el estrés por la falta de medicamentos para reducir las dolencias de los pacientes, impulsando a que ellos tengan que tratar de salvar vidas, intentando que vuelvan a ver a sus amistades, descuidando su bienestar psicológico. El estrés trae consigo tensiones, no poder tomar decisiones provocando el suicidio, debido

alguna mala práctica laboral, o situaciones que él no puede controlar. Carpintero Ángulo (2021) indica que el estrés es la respuesta del cuerpo a una emoción o reto. Como el estrés positivo permite la adaptabilidad, también expulsa una cascada de hormonas que actúan en una respuesta rápida en circunstancias peligrosas.

Efectos comunes del estrés

- Sistema inmunitario débil o defensas bajas
- Desgaste emocional
- Acné
- Problemas menstruales
- Diabetes
- Depresión
- Soledad
- Ansiedad
- Presión arterial alta
- Contracturas musculares

Lauracio y Lauracio (2020) mencionan que los profesionales de la salud, son los más sensibles por las causas que desencadena el estrés laboral asociado al síndrome de Burnout, que suele afectar en la salud mental del personal sanitario desde el desempeño laboral y la calidad de vida del individuo:

El síndrome de Burnout, es una enfermedad que se desarrolla por el exceso y la situación laboral de alta implicación con las que tienen los profesionales de la salud. De acuerdo a lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo, los profesionales de la salud son los más expuestos a padecer de este síndrome de estrés laboral, esto debido a las condiciones de trabajo que deben cumplir (pp. 543-544).

Según Tarik Jasarevic, portavoz de la Organización Mundial de la Salud, anunció que el síndrome de Burnout se constituye como uno de los grandes problemas de la salud mental y en la antesala de muchos de las patologías psíquicas procedentes de un insuficiente control

y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome en los profesionales de la salud (Mendoza, 2017).

Síntomas de Burnout

Las principales sintomatologías de este síndrome son:

- Agotamiento físico y mental generalizado.
- Baja autoestima.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Bajo rendimiento laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad.

Lauracio y Lauracio, (2020) manifiestan que “los profesionales de salud son los más vulnerables a factores que desencadenan estrés laboral asociado al síndrome de Burnout, que suele afectar a su desempeño laboral y a la calidad de su atención, ocasionando frecuentes reclamos por parte de los usuarios, en particular en el primer nivel de atención del sistema de salud” (p. 544).

El síndrome del burnout: definición, síntomas y consecuencias (2022) argumenta que las causas del síndrome del Burnout son:

- Largas horas de trabajo.
- Tener que realizar tareas especializadas sin los recursos ni el personal necesario, esto incluye la falta de seguridad laboral.
- Estar en constante presión.
- Ser testigo de un mal ambiente de trabajo durante mucho tiempo.
- No poder controlar las decisiones laborales importantes.
- Falta de expectativas profesionales.
- Realización de tareas monótonas día tras día.

- Sentirse aislado en el trabajo o en la vida personal.
- Ser víctima de hostigamiento o acoso en el lugar de trabajo. En este caso, se darán situaciones como ser ofendido o humillado, ser víctima de rumores o tener que realizar tareas deleznable.

Como ya se ha indicado, la salud mental busca que las personas se sientan cómodas con su mente y cuerpo en cualquier circunstancia que esté atravesando, cuidando las necesidades del ser humano. En esa misma línea la ansiedad se destaca por tener al individuo en completa angustia, tiene pensamientos constantes que le producen incertidumbre sobre su futuro, provocando irritabilidad en realizar actividades diarias, a causa de las presiones en el trabajo.

En cambio, la depresión se basa cuando los sujetos tienden a tener baja autoestima, provocando ideas suicidas debido al maltrato que ha experimentado; por otra parte, el estrés se genera por situaciones agobiantes, creando ideas negativas y provocando daños en el cuerpo humano, como, por ejemplo: no poder conciliar el sueño. Finalmente, el burnout se suele presentar por el estrés laboral, ya que, al no tener tiempo para poder relajarse, provoca cansancio en el trabajador; las alteraciones del sueño producen cambios de humor y de rutina en el sujeto.

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Santamaría et al.(2021) indican que un estudio realizado en España con 421 profesionales de salud, argumenta que el 46.7 % de los médicos indicaron sufrir estrés, el 37 % ansiedad, el 27.4 % depresión y el 28,9 % alteraciones de sueño, en lo que concierne a depresión el 10,5% fue leve, el 10,7% moderada, el 6,2% severa, en cuanto a la ansiedad 8,3% manifestó que fue leve, el 4.3% indicó un índice moderado, el 24,4% severo, en lo que concierne al estrés, el 15,4% señaló estrés leve, el 15,2% moderado y el 16,1% severo:

Además, la emergencia sanitaria generada por la COVID-19, el personal de salud tuvo que enfrentarse a situaciones laborales muy intensas, tales como; sobre carga de trabajo, jornadas largas, medidas de seguridad estrictas, falta de equipamiento de protección, aislamiento social, etc. Este ambiente de estrés, generó un sinnúmero de

riesgos tanto para la salud física como mental, dando lugar a las posibles apariciones de depresión, síntomas de ansiedad, trastornos causados por estrés postraumáticos y la falta de sueño por la carga laboral. (p. 108)

Según García-Iglesias et al. (2020) señalan que la situación de la pandemia en el mundo, causó graves problemas en la salud mental de la población, especialmente al personal de primera línea de defensa contra el COVID-19, como son los profesionales de salud:

Durante la pandemia, la salud mental de los profesionales sanitarios, se vio comprometida. El COVID-19, en el desarrollo de sus funciones, siendo fundamentalmente afectados el personal sanitario que se encontraba en la primera línea en la lucha contra el virus. De acuerdo a los resultados que alcanzó la investigación, se observó que del 26,5% - 44,6% de los profesionales presentaron ansiedad, del 8,1% - 25% depresión, del 23,6% - 38% de preocupación e insomnio, mientras que el 3,8% - 68,3% presentaron niveles de estrés. (p. 1)

La pandemia de COVID-19, alrededor del mundo, provocó importantes consecuencias a nivel social, económico, familiar y de salud pública en todos los países afectados. A nivel económico la pandemia repercutió en una notable paralización de la producción de las empresas e industrias, una pérdida importante de empleos considerados en miles de millones de dólares, con la caída en el precio del petróleo, el cierre de un elevado número de organización de todos los sectores productivos del mundo. En el ámbito social, se generaron cambios como el aumento de la pobreza, restricciones de movilidad de la población, adquisición de nuevos hábitos higiénicos para detener el virus (el uso de mascarilla, lavado de manos y el distanciamiento social) y diferentes organizaciones educativas (escuelas y universidades) (García-Iglesias et al., 2020).

Frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19, los profesionales de la salud se enfrentaron a intensos estresores laborales como: sobrecarga de trabajo, jornadas largas, medidas de seguridad, higiene estricta, escasez de materiales, equipamientos e insumos de protección, aislamiento social. En un estudio realizado en Ecuador con 68 profesionales de

la salud, sobre los problemas que generó la pandemia durante la emergencia por el COVID-19, se conoció que, en la calidad del sueño, el personal sanitario presentaba el 39,7% indicando no tener insomnio, el 39,7% por debajo del umbral, el 17,7% moderado, el 2,9% grave (Vaca y Mayorga, 2021).

De igual manera, Quiroz-Ascencio et al. (2021) en una investigación realizada en México con 168 participantes del área médica, declara que el 54% no mostraron agotamiento emocional, el 15% mostró agotamiento leve y el 31%, exhibió agotamiento severo. En cuanto a la despersonalización, el 54% no mostró índices de despersonalización, el 23% leve, el 23% fue severa. En relación a la realización personal, el 54% demostró alta realización personal, el 26% leve y el 20% baja realización personal.

La pandemia del COVID-19, trajo consigo graves consecuencias para los profesionales de la salud, tanto en el ámbito laboral, psicológico y familiar sufriendo estado de ansiedad debido a las siguientes causas: sentirse impotentes en no poder controlar el brote del virus, encontrarse aislados y separados de sus familiares o seres queridos, mayor sobrecarga laboral y la carencia de medicamentos para poder atender a sus pacientes; causando en ellos secuelas como: estrés, cansancio físico y emocional (Valero Cedeño, 2020).

Fue notorio el estado de depresión que se observó en todos los profesionales de la salud. Ya que, el dolor ajeno, trae alteraciones en la salud mental y psicológica en las personas, y los médicos son seres humanos sensibles que no se apartan de la realidad por lo que, el sufrimiento de los pacientes recae en ellos, además no habían experimentado una crisis como la del coronavirus, donde se pudo observar gran cantidad de muertos y enfermos por todas partes del mundo. Esto también afectó en su vida familiar. Por cuanto una persona deprimida no puede sentirse consigo mismo ni con los demás (Mendoza López, 2021).

El estrés, es otro factor que influye en la salud emocional de las personas, es indudable que los profesionales de la salud hayan quedado al margen de este estado emocional después de haber sufrido el ataque viral de la pandemia, que conmocionó al mundo entero, es por esto que ellos como seres humanos, también se vieron afectados en

su salud emocional, debido a la sobrecarga laboral, aislamiento, tensiones, pánico; pero con el tiempo las tensiones fueron disminuyendo debido al control del virus, según datos estadísticos señalados anteriormente, ya que al inicio hubo un porcentaje del 46.7% de estrés (Dias Do Nascimento, 2022).

Sabemos que, el Burnout tiene que ver con el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En la época de la pandemia, a falta de profesionales de la salud, los hospitales se ven en la obligación de solicitar trabajar horas extra en los médicos, causando cambios en el temperamento del sujeto al no tener descanso, evitando disfrutar de la compañía de su familia, provocando el cansancio mental y bajo rendimiento en atender a los pacientes, sentimientos negativos hacia sí mismo debido a la sobrecarga de trabajo (Mendoza López, 2021).

Es indudable que una persona que esté saturada de estrés, ansiedad y depresión, no pueda conciliar el sueño, por lo que es necesario superar este problema para poder desempeñarse con mayor capacidad y profesionalismo, ya que las afectaciones del sueño desencadenan otras enfermedades, aparte de psicológicas como; insomnio, pesadillas, desgaste emocional, bajo rendimiento y desempeño en su labor profesional e incluso alteraciones en el comportamiento, llegando al maltrato físico y verbal, ya sea con sus familiares o equipo de trabajo.

De acuerdo a lo expuesto, se puede inferir que la salud mental y emocional influyen de manera directa en el comportamiento de las personas y cuando se padece de estos cuadros clínicos, como; estrés, ansiedad, depresión, burnout y alteración del sueño, no se puede actuar con absoluta normalidad tanto en el campo laboral como en el social y familiar, por lo que es necesario tratarlos y superarlos a tiempo antes que traigan graves secuelas para el sujeto que las padece, por lo que es necesario que un profesional de la salud esté libre de ellas para poder desempeñarse con una óptima capacidad profesional.

1.3 Variables psicosociales relacionales a la salud mental

Las variables comprenden cómo influye el desempeño de los individuos y cómo se comporta dentro de la salud mental; también se describe de qué manera enfrentaron los problemas psicosociales y competencias que abordó el personal de la salud, tal como se especificará en los siguientes apartados.

Los riesgos psicosociales se constituyen por la interacción de aspectos personales individuales, condiciones laborales, influidos además por situaciones sociales, económicas, culturales y políticas gubernamentales, siendo los riesgos predominantes en el sector de la salud, de acuerdo a determinadas formas de trabajo, emocionales, experiencias de la vida; se caracterizan por afectar en gran parte a la salud mental de los individuos.

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

Delgado Domínguez et al. (2020) describen a la inflexibilidad psicológica como el centro de la terapia de aceptación y compromiso, en la que se define como el comportamiento de las personas que orientan sus acciones sobre las experiencias momentáneas en lugar de elegir las libremente. La inflexibilidad psicológica se refiere a la capacidad que tienen los individuos para centrarse en el instante, en base a las situaciones que les permita cambiar o persistir con el comportamiento en búsqueda de objetivos y valores personales.

La inflexibilidad psicológica “envuelve un paradigma de funcionamiento humano que, se contribuye por varios componentes y se define por diferentes modelos, en la cual engloba seis procesos: aceptación, difusión, atención flexible al momento presente, valores y el compromiso con las acciones sociales” (Hayes, Stroschl y Wilson, 2012, como se citó en Valiente Barroso et al., 2021, p. 150).

Velasco (2022) ratifica que la flexibilidad psicológica de los profesionales de la salud durante la pandemia, es la capacidad que tienen para lidiar con pensamientos, emociones, experiencias o situaciones difíciles. Las habilidades que deben tener el personal sanitario son: aceptación, contacto con el presente, contactos con los valores y acción comprometida con sus funciones como profesionales. En la flexibilidad psicológica en los individuos presenta un conjunto de métodos que contribuyan a la adaptabilidad humana.

En la flexibilidad, el sujeto puede cambiar su forma de pensar de manera positiva, modifica sus acciones y pensamientos negativos que causen problemas, al modificar sus actitudes crea una mejor versión de sí mismo, convenciéndose de que es autosuficiente para poder realizar mejores cosas con base en sus valores, puesto que, se acopla al entorno tanto social, ambiental, laboral, de las personas en el cual se da a diario por lo que intercambia argumentos sustentables con los demás compañeros, llevando a cabo debates.

La inflexibilidad psicológica es cuando las personas huyen de sus pensamientos, por lo que son molestos para poder tomar decisiones, evitando poder cumplir objetivos planteados del sujeto, por esto hace que se comporte de manera inadecuada. Cobos-Sánchez et al. (2017) determinan que la flexibilidad psicológica está libre para poder cambiar lo que piensa el sujeto, cumpliendo con las metas propuestas, aplicándolo en las buenas costumbres.

En lo que respecta a la inflexibilidad psicológica en la salud mental, tiene relación porque las emociones, pensamientos, sentimientos negativos, desarrollan cuadros clínicos de ansiedad y depresión, por tanto, su estado anímico es afectado. Valiente Barroso et al. (2021) informan que en los trabajadores sanitarios la inflexibilidad psicológica ha influido porque durante la pandemia el personal ha repercutido en los sentimientos, ocasionando incomodidades, agitaciones psicomotoras, ideologías desaprobadas por el médico, transmitiendo cansancio a sus pacientes.

De acuerdo a lo citado anteriormente, tanto la flexibilidad como la inflexibilidad psicológica, son comportamientos humanos que el individuo experimenta en un determinado momento, en situaciones que estén atravesando en su vida. Por un lado, la inflexibilidad es cuando el individuo huye de sus pensamientos y les cuesta tomar decisiones, evitando cumplir con sus objetivos propuestos y comportándose de forma inapropiada, en este caso el sujeto se centra en el instante, en búsqueda de objetivos personales. Mientras que en la flexibilidad psicológica es la facultad que posee el ser humano para tratar con situaciones difíciles, como: pensamientos y emociones negativas cambiando su manera de pensar de forma positiva, en la flexibilidad el sujeto es autónomo, actuando con dinamismo, dejando de

lado sus problemas para lograr éxito, porque le gusta resolver las cosas sin complicarse, buscando la tranquilidad de sí mismo.

En los profesionales de la salud, se pudo observar que en un momento experimentaron estos dos tipos de actitud o comportamientos psicológicos, tanto la flexibilidad como la inflexibilidad psicológica; al inicio la inflexibilidad psicológica estuvo presente en ellos, ya que estaban atravesando un momento difícil, debido a la propagación del virus, pero a medida que fue controlándose la situación los profesionales sanitarios cambiaron su forma de actuar y de pensar, llenándose de optimismo y positividad, es decir, que estuvo presente en ellos la flexibilidad psicológica.

1.3.2 Soledad y apoyo social

La soledad es un estado emocional que surge de las personas cuando no han logrado generar relaciones interpersonales que desea. La soledad es un estado negativo que afecta a muchos individuos en la salud mental. Las personas que tienen problemas de soledad y aislamiento social pueden contraer muchas enfermedades del corazón, presión arterial alta, estrés, falta de sueño, trastorno mental y físico. La soledad también puede aumentar el riesgo de muerte en los seres humanos. Marilaf Caro et al. (2017) describen a la soledad como la percepción de la carencia de relaciones y emociones significativas con otros, donde intervienen diversos factores directamente asociados con el desarrollo de las relaciones humanas convenientes en distintos ambientes de la vida.

“Un estudio realizado en España con 1.150 profesionales de la salud, la media de 3,20 presentó sentirse como héroe, con miedo el 2,84 M, descuidado el 3,40 M, tristes el 3,48 M” (Montes-Berges y Ortuñez Fernández, 2021, pp.261-262).

La soledad consiste en hacer sentir en las personas sensaciones de dejarlos de lado en todas las actividades cotidianas, impidiendo interactuar en destrezas que desarrollen el resto de sujetos, originando incomodidades o repercusiones en la persona excluida. No obstante, la soledad puede ser de decisión propia, en el cual el individuo busca sentirse solo para poder mejorar en lo personal las acciones que han sido erróneas en el pasado, y poder encontrarse así mismo para hallar su estado de gratitud. La soledad en la salud mental se

relaciona con los pensamientos suicidas, por lo que, sentirse en abandono provoca que el sujeto tome medidas drásticas, perjudicando su bienestar, el no contar con apoyo familiar, su salud es afectada (Bojórquez Díaz et al., 2021).

Una idea de Araujo y García (2020), leído en una publicación de Lara Romero y Castellanos Suárez en (2020), mencionan que durante la pandemia los profesionales de la salud tenían que estar aislados totalmente de su familia y de su entorno social, donde debían afrontar sus pérdidas en soledad de sus familiares y de pacientes con COVID-19, con la necesidad de asimilar el proceso de partida de sus conocidos. Durante la emergencia sanitaria por la pandemia, se generó una gran crisis en la salud pública en todo el mundo, en el cual, los profesionales de salud tuvieron que luchar todos los días para detener el virus si tener ningún descanso, esto causó diferentes problemas de salud mental y físicos al personal sanitario.

El apoyo social, influye en la vida de las personas, por lo que gracias a la compañía es más factible lograr metas propuestas, puesto que, la mayoría de los individuos requieren de comprensión y atención para poner en marcha planes. Así mismo, los amigos, familiares, compañeros de trabajo, pueden emitir momentos especiales, porque el entorno en que se encuentre produce tranquilidad, pudiendo compartir situaciones amenas, impartiendo valores. Al tener el apoyo, el sujeto puede desenvolverse como persona y profesional, de esta forma, ayuda a sus emociones, sintiéndose capaz de suscitar más cosas, favoreciendo su felicidad psicológica.

En el orden de las ideas anteriores, la soledad se basa en estar lejos de las personas, ya sea por decisión propia o porque les ha tocado estar solos la mayor parte de su vida; en el apoyo social, las personas buscan a otros con quién socializarse y pasar buenos momentos; incluso compartir ratos amenos en compañía de otros, reduce los niveles de ansiedad, depresión, mejorando la salud mental; mientras que la soledad tensa al individuo, provocando baja autoestima, mala percepción sobre la vida, porque no puede disfrutarla plenamente.

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

Se entiende por estrategias de afrontamiento a todo aquello que abarca ideas y comportamientos de un individuo, las mismas que le servirá de ayuda para reconocer y enfrentar circunstancias agobiantes en momentos difíciles; con las estrategias de afrontamiento se puede cambiar la forma de pensar y actuar en diferentes estados emocionales con el fin de mejorar la calidad de vida en búsqueda de solución de problemas (Sixtos Mancilla, 2022).

La crisis sanitaria provocada por la pandemia a causa del COVID-19 donde se destaca un papel importante de los profesionales de la salud, siendo un elemento clave para la contención del virus. Las autoridades sanitarias de los gobiernos de todos los países y la población en general, reconocen la tarea enorme que desarrollaron el personal de salud. Los riesgos de contagios y presión asistencial, generaron un riesgo para la salud psicoemocional de los profesionales, como el estrés laboral por el exceso de trabajo, influyendo en la salud mental y emocional (Bueno Ferrán y Barrientos-Trigo, 2020).

Bueno Ferrán y Barrientos-Trigo (2020) dicen que las recomendaciones que los profesionales de salud deben seguir son:

- Establecer recursos de control de estrés
- Expresar los sentimientos y emociones entre personas que trabajan juntas
- Proteger las necesidades, realizar ejercicio, comer saludable
- Evitar el consumo de sustancias psicotrópicas

Los profesionales de salud desarrollaron habilidades de comunicación de riesgos para prevenir la propagación del COVID-19 que consistió en la elaboración de mensajes informativos claros, concretos y confiables que comuniquen los efectos que causa el coronavirus, así por transmitir confianza al comunicar, explicando lo que se sabe o no, como medidas de prevención para fortalecer estrategias de afrontamiento personal y comunitarias como medida para evitar enfermedades de salud mental y así contribuir para la salud pública de los ciudadanos (Villagra y Rodríguez, 2020).

- Mantener contacto con la familia, los amigos y el ámbito social
- Emplear los sentimientos complejos con actividades de aceptación y relajación.
- Evitar usar estrategias de afrontamiento que no son saludables.
- Practicar estilos de vida positivos como lo son las actividades físicas.

Tomando en cuenta que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la forma que un individuo afronta una situación difícil en un tiempo y espacio determinado en su vida; el afrontamiento es una serie de acciones, pensamientos que sirven y capacitan al ser humano para actuar en determinados momentos difíciles, como: estados emocionales y conductuales.

Es notorio que los profesionales de la salud atravesaron por momentos duros en época de la pandemia, por lo cual aplicaron y experimentaron varias estrategias de afrontamiento para superar esta crisis; entre ellas se implementaron: el apoyo social de su familia y compañeros de trabajo, promover una alimentación equilibrada y saludable, hacer ejercicios de respiración y relajación ante situaciones de estrés, realizar paseos rutinarios, evitar el consumo de sustancias que sean dañinas para su salud física y emocional, además llenos de una actitud positiva.

1.3.4 Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la salud

En la atención a la enfermedad pandémica por coronavirus, los expertos de la salud enfrentaron varios desafíos, entre los cuales distinguieron 3 como principales: pandemónium, procedente de la celeridad del desarrollo de la enfermedad pandémica y del caos inicial para contestar a la emergencia; la precariedad del sistema de salud pública en todo el mundo para contestar a un problema de enorme intensidad, y la paranoia derivada de la contestación social del miedo frente a lo desconocido. Carga de trabajo, jornadas largas, medidas de estabilidad rigurosas, falta de equipamiento de custodia, separación social, fueron unos de los más importantes retos que han tenido que exponer el personal sanitario a lo largo de la enfermedad pandémica (Pérez Cuevas y Doubova, 2020).

Desde el comienzo de la emergencia sanitaria por la enfermedad de COVID-19, el personal de salud de las naciones de América Latina y el Caribe (LAC) desempeñaron un papel fundamental para contener el virus, expuesto a situaciones extremas para realizar su trabajo, largas jornadas laborales, en varios casos sin los implementos necesarios en los centros de salud pública; enfrentando malestar, fatiga, extenuación gremial, incertidumbre, inusualmente, estigma, que se plantea en maltrato psicológico por los expertos (Pérez Cueva y Doubava , 2020).

La complicación de la pandemia de COVID-19 trasciende los obstáculos que experimentan las personas al contraer el virus. En una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 155 países, se identificó que los países más pobres fueron más vulnerables a reportar dificultades en los servicios de salud.

Las dificultades de acceso a la salud, la reducción de los recursos para la atención médica de rutina y de emergencia generaron un sinnúmero de problemas en los profesionales de la salud y en los cuidados, el miedo y la evitación a acudir a centros de salud y los efectos de las medidas de contención y mitigación en la seguridad alimentaria de los hogares, afectan a la salud de la población en general. (Sanabria-Mazo, et al., 2021, pp.41-42)

Mientras el mundo atraviesa una crisis de salud sin antecedentes, con el brote del COVID-19 se demuestran daños perjudiciales en las instituciones de salud; evidenciando riesgos y corrupción, misma que impide que los médicos puedan atender a los demás pacientes. La corrupción suele incrementar en épocas de crisis, especialmente cuando las instituciones tienen poca supervisión y baja confianza del público. La administración de medicinas y abastecimientos, suelen ser las áreas más corruptas durante las emergencias médicas (La corrupción y el coronavirus: cómo prevenir el abuso de poder durante una pandemia mundial de salud, 2020).

En Ecuador, los profesionales tuvieron sensaciones de frustración, baja autoestima debido a la mala administración del país en controlar el virus, los pocos implementos que contaron los profesionales eran insuficientes para poder solventar las necesidades de los

infectados; el personal al estar expuesto al virus, le causa falencias en la salud mental y física, provocando emociones pésimas en su vida, como malestares para poder desempeñarse en el trabajo y en el hogar (Espín-Arguello, 2020).

El equipo de protección personal (EPP), fue inestable, es por ello, que el personal sanitario cayó enfermo, ya que el Ministerio de Salud Pública por la ausencia de suministros, optaron por la compra de insumos médicos con sobrepuestos, promoviendo la perversión financiera en el país, ocasionando pérdidas económicas para la nación (Alvarado Acosta y Ortega Nieto, 2020).

Por otro lado, los desafíos en estrategias de prevención orientada a planes de mejoras que implementó el anterior gobierno fue el aislamiento social, así redujo el colapso en las unidades de cuidados intensivos, utilizando a las fuerzas armadas para asegurar que las personas no se salten la cuarentena. Cierre de escuelas, lugares de trabajo, centros comerciales, aeropuertos, lugares de recreación para poder precautelar la salud de los ciudadanos, suplantándolo con tareas desde el hogar. El gobierno brindó información a través de medios de comunicación sobre medidas de prevención como inducciones de higiene y cuidados personales, brindó equipos médicos y pruebas rápidas para la identificación del virus (Mera Andrade et al., 2021).

La emergencia sanitaria de la COVID-19 trajo consigo grandes retos y desafíos para todo el sistema de salud, especialmente en los países de bajos recursos económicos por lo que, los gobiernos de turno se vieron en la necesidad de asumir y adoptar con responsabilidad algunas medidas para poder superar esta crisis; el Ecuador no fue la excepción, nuestros profesionales sanitarios también sufrieron éstos estragos, en vista de esto, el Gobierno Nacional del Ecuador, implementó ciertas medidas y estrategias sanitarias, tales como: equipamiento de insumos médicos, contrató personal médico especializado para atender a los pacientes, otras medidas como: el distanciamiento social, cierre de instituciones educativas para evitar un mayor número de contagio en niños, adolescentes y jóvenes, reemplazándola por una educación virtual y a distancia, control de aforo en establecimientos

públicos y privados realizando teletrabajo, uso de cubrebocas, alcohol, lavado frecuente de manos, entre otros.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

2.1.2 *Objetivo general*

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios, durante la pandemia de COVID-19, del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.

2.1.3 *Objetivos específicos*

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, en la muestra del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.
- Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.
- Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.

2.2 Preguntas de investigación

La presente investigación, tiene como preguntas de indagación las siguientes:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022?

¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022?

¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación a estrés, ansiedad y depresión del sector del centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022?

¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022?

¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante del sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022?

2.3 Diseño de investigación

Las características del presente trabajo de investigación son:

2.3.1 *No experimental*

En la investigación no experimental, las variables no se pueden manipular ni controlar, las cuales se basan en conceptos, sucesos, variables y contextos que se generan sin la intervención directa del investigador, sin que el científico altere el objeto del estudio. De la misma manera, se analizan los datos recogidos, no se manipulan las variables, solo se las observa y se emite juicios referentes a cómo actúa en la circunstancia que ha sido expuesto (Ortega Jiménez, 2021).

Babativa Novoa (2017) describe a la investigación no experimental como un diseño donde no hay manipulación de variables, en la cual pueden ser de orden longitudinal y transaccional:

El diseño no experimental puede ser transversal en donde se recolecta información de la investigación de las variables observadas durante un tiempo específico. Es longitudinal cuando se recopila información a través del tiempo en periodos específicos, para alcanzar a una inferencia con relación a sus cambios, aspectos determinantes y efectos. El diseño no experimental se diferencia de la experimental,

porque las variables no se manipulan intencionalmente, esta metodología investigativa busca en las pruebas empíricas sistemáticamente, donde el investigador no tiene un control directo del objeto de estudio. (pp. 61, 67)

Este trabajo, se lo puede relacionar como una investigación no experimental debido a que la información obtenida se basa en fuentes reales y fidedignas, las mismas que no se pueden manipular, ni alterar sus resultados, pero si emitir un juicio de valor al respecto sobre el personal de salud que laboró y se vio afectado durante la época de la pandemia.

2.3.2 Transversal

Rodríguez y Mendivelso (2018) mencionan que el diseño transversal se define como una investigación observacional de base individual que analiza los datos de las variables recopiladas sobre una población o muestra que suele tener una doble intención descriptivo y analítico. Además, el diseño transversal se conoce como un estudio de prevalencia o encuesta transversal, en la cual su propósito primordial es identificar las frecuencias de un estado, fenómeno o enfermedad en el objeto de estudio, aquí es donde el investigador realiza una sola medición de las variables de cada individuo. (p. 142)

Ventajas del diseño transversal:

- Son creadores de hipótesis.
- Accede la caracterización de personas con una situación o factor.
- Identifica la dimensión y repartición de un malestar de una localidad.

Tomando en cuenta que la investigación transversal, se basa en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, por lo que estos datos recabados ayudan a almacenar datos de manera rápida y sus resultados son exactos, esta investigación da a conocer las repercusiones que dejó la pandemia del COVID-19 en el sector centro de la ciudad de Guayaquil durante el año 2021, considerado como un fenómeno de estudio.

2.3.3 Exploratoria

Este tipo de investigación se basa en ocasionar preguntas, de carácter novedoso referente a la hipótesis planteada con el objetivo de que la indagación sea confiable, por lo que consiste en encontrar información sobre un tema reciente. Es decir, el investigador se relaciona con diferentes archivos, o artículos científicos para poder aclarar inquietudes que presente el individuo, una vez analizado estos documentos procede a ejecutar investigaciones basándose en lecturas fundamentadas (Ramos-Galarza, 2020).

La investigación exploratoria es utilizada para investigar un problema que no está claramente establecido, por lo cual tiene como objetivo la aproximación a fenómenos novedosos y así obtener la información necesaria que permita comprender mejor el problema del objeto de estudio. En el diseño exploratorio la investigación es aplicada en fenómenos que se han estudiado previamente y se tiene el interés de examinar sus características, naturalmente en este método no es posible realizar el planteamiento de una hipótesis (Ramos-Galarza, 2020).

El presente trabajo se lo puede considerar como una investigación exploratoria, debido a que se basó en cuestionarios de preguntas al personal sanitario que trabajó en época de la pandemia; investigación de bibliografía para explorar y aclarar ciertos fenómenos del COVID-19 que todavía no están claramente definidos, por lo tanto, se realizó la exploración y recolección de datos para obtener la información requerida.

2.3.4 Descriptiva

El diseño descriptivo es un método investigativo que se basa en las teorías que se han creado mediante la recopilación, análisis y presentación de información a través de datos recopilados, en este procedimiento el investigador debe observar y describir el comportamiento del objeto de estudio sin influir sobre él de ninguna manera. La indagación descriptiva tiene como fin referir ciertas características básicas de grupos uniformes de fenómenos, empleando juicios metodológicos que permitan instaurar la forma o la conducta de los fenómenos en estudio (Guevara Alban et al., 2020).

Este trabajo investigativo, está estrechamente relacionado como una investigación descriptiva ya que, para llevarlo a efecto se recopiló información sobre cada una de las variables de estudio para poder realizar con precisión el análisis de los resultados, presentación de información sobre los datos obtenidos del personal sanitario durante la pandemia.

2.3.5 Cuantitativa

El diseño cuantitativo es un método de investigación que trae herramientas estadísticas para describir y explicar la problemática del objeto de estudio mediante datos numéricos con el objetivo de extraer los resultados de una muestra a una población. A parte de ello, la investigación cuantitativa surge de un modelo positivista, cuya aspiración es expandir, deducir y englobar, siendo el propósito de este estudio acontecimientos, objetivos existentes expuestos a normas y patrones generales (Rivadeneira-Rodríguez, 2017, p. 117).

Para llevar a efecto este trabajo de investigación, se tomó una muestra al personal sanitario del sector centro de la ciudad de Guayaquil, para conocer la problemática de los profesionales de la salud; por lo tanto, es una investigación cuantitativa, porque arrojó datos estadísticos que permitió conocer la realidad sobre el tema de investigación.

2.4 Población y muestra

La población de la investigación es el personal sanitario del Ecuador, la muestra obtenida son los 44 profesionales sanitarios en los que participan hombres y mujeres de la ciudad de Guayaquil, sin embargo, para poder responder a las preguntas estipuladas deberán tener título de grado para corroborar con la veracidad del trabajo.

La muestra recolectora de datos fue de 45, mientras que la muestra procesadora de datos fue de 44. Del mismo modo, la técnica empleada fue de muestreo no probabilístico.

2.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Encontrarse en situación laboral activa.
- Aceptar el consentimiento informado.

- Tener como mínimo un año de experiencia laborando dentro de la organización.
- Ser un personal sanitario cualificado (Título de tercer nivel o superior).
- Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID-19.

Los criterios de exclusión son:

- No aceptar participar en este estudio.
- No encontrarse laborando en la institución por maternidad o enfermedad.
- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

2.5 Instrumentos de recogida de información

2.5.1 *Cuestionario ad hoc sociodemográfico*

Rodríguez Mora (2020) detalla que un cuestionario ad hoc sociodemográfico es un instrumento que permite recolectar información general sobre un grupo de personas del objeto de estudio que se está investigando. Este instrumento incluye datos como: la edad, género, lugar de residencia, etnia, nivel de educación, etc. (p. 63).

Agregando a lo anterior, este cuestionario es utilizado, para almacenar datos propios de carácter laboral de los profesionales de la salud, tales como: edad, tipo de institución, estado civil, sexo, tiempo de experiencia, sueldo, nacionalidad, título universitario, zona del sector laboral, número de horas que labora, agrado laboral, entre varios datos que serán de importancia en esta investigación.

2.5.2 *Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)*

En este cuestionario se evalúa los niveles de burnout de la persona que se encuentra en agotamiento laboral, el estrés producido en el sitio de trabajo también afecta las emociones en el hogar o con amistades. Dicho inventario está estructurado por 22 ítems que hacen relación a: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, en el cual se emplea escalas de 0 que significa no sucede y 6 que sucede todos los días empleadas por Likert (Ortega-Jiménez, 2021).

Incluso estos ítems, se componen de 3 escalas que hacen referencia a: agotamiento emocional 9 ítems, despersonalización 5 ítems y realización personal 8 ítems, cuya finalidad es conocer si sus puntuaciones son leves, moderadas o severas, para poder identificar si los porcentajes arrojados tienen burnout, en lo que concierne a su confiabilidad han superado los índices de consistencia a .70; asimismo las respuestas dependen del número de ítems (Gilla et al., 2019).

2.5.3 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

En la actualidad se han incrementado los trastornos psicológicos en los seres humanos, especialmente en la depresión, ansiedad y estrés. Pese a su calidad clínica en los profesionales de la salud, estos desordenes emocionales se producen por las altas cargas de trabajo, entre otras razones por la escasez de sentimientos positivos para cumplir funciones como profesionales.

Al mismo tiempo, está formado por 3 escalas que se miden de manera diferente tales como: depresión que evalúa el estado anímico de las personas, ansiedad que evalúa los síntomas físicos que se encuentra expuesto al sujeto, por ejemplo: ataques de pánico, pavor, el estrés que evalúa el enojo de las personas; cada escala contiene 7 ítems con cuatro opciones de respuesta, las mismas que evalúan de 0 a 3, de esta forma, se puede visualizar el nivel que el encuestado presente los síntomas. Añadiendo a lo anterior este inventario busca estudiar las emociones negativas de los encuestados (Contreras-Mendoza et al., 2021).

2.5.4 Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)7

Expone la evaluación de la inflexibilidad psicológica, es decir, evalúa la ausencia de los pensamientos negativos y la falta de la conducta adecuada frente a situaciones estresantes. Este inventario valora la inflexibilidad psicológica cuando se localiza en las fases iniciales de exploración en un individuo, ante sus sucesos íntimos, agrupados con el malestar psicológico, dicho instrumento evalúa la manera en la que las personas tienen pensamientos negativos y la falta de conductas adecuadas frente a situaciones estresantes.

A su vez, está conformado por 7 preguntas, en la que 1 significa nunca y 7 siempre; los resultados van de 7 a 49, por lo que el número más alto indica mayor inflexibilidad por parte de los evaluados, y a menor resultado indican niveles bajos de inflexibilidad psicológica por lo que, este cuestionario posee una alta confiabilidad de $w=.92$ (Valencia , 2019, p. 44).

2.5.5 Escala de soledad (UCLA-3)

El cuestionario de soledad evalúa la ausencia de amistades y compañía de una persona; a su vez este cuestionario da a conocer si existe o no el apoyo social mediante los índices de soledad que puedan presentar los encuestados.

Con base en lo anterior, la escala de Likert expone que sus índices del 1 al 4; en el que 1 significa frecuentemente, 2 algunas veces 3 casi nunca, y 4 nunca. Por lo que, la fiabilidad del cuestionario es de 0.944. Teniendo en cuenta que las puntuaciones, formula opciones de respuesta en la que se interrogan ¿Constantemente te sientes excluido?, ¿Sientes que debes estar acompañado? Por ello, este instrumento elabora las preguntas de acuerdo a las sensaciones de aislamiento, la conexión con las demás personas (Ausín et al., 2021, p. 168).

2.5.6 Índice de Calidad de sueño (PSQI)

El presente cuestionario evalúa las condiciones del sueño de los encuestados, que según la escala de Likert va de 0 a 4. Para saber si su calidad de sueño es buena se mide de cero a tres y sus resultados se estipulan desde cero hasta veintiuno; su fiabilidad es de 0.72 (Ortega Jiménez, 2021).

Además, este cuestionario indica que 0 equivale a que no presenta dificultad en conciliar el sueño y 3 posee una dificultad severa, cuando se evidencian resultados menores a 5, se reconoce como una alteración del sueño; por su parte el inventario de Pittsburgh presenta una confiabilidad de 86.5% demostrando que el cuestionario es fiable. En este instrumento se puede constatar si la conciliación del sueño de los participantes de la investigación es óptima (Lucio Castorena y Enríquez Reyna, 2022).

2.6 Procedimiento

Para realizar este trabajo de investigación con ética profesional, precisión y de manera ordenada, se llevó a cabo el siguiente proceso metodológico:

- ✓ Asesoramiento por parte de la directora de tesis
- ✓ Planificación de un cronograma o agenda diaria de trabajo
- ✓ Revisión minuciosa de fuentes bibliográficas para redactar el marco teórico
- ✓ Recopilación de información sobre la salud mental en los trabajadores sanitarios, durante la pandemia del COVID-19 en el sector centro de la ciudad Guayaquil.
- ✓ Estudio del origen, síntomas, causas y consecuencias de la COVID-19 en el personal de salud.
- ✓ Repercusiones de la salud mental en las variables de estrés, ansiedad, depresión, Burnout y alteraciones del sueño.
- ✓ Recabar información sobre inflexibilidad psicológica, soledad y apoyo social, estrategias de afrontamiento, retos y desafíos.
- ✓ Elaboración y presentación de los objetivos generales y específicos, las preguntas y diseño de investigación.
- ✓ Determinación de la población y muestra de estudio, con los criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ Aplicación de instrumentos como: Cuestionario ad hoc sociodemográfico, Inventario de estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), Escala de soledad (UCLA-3), Índice de calidad de sueño (PSQI).
- ✓ Previo envío de una carta de solicitud por parte del coordinador de la carrera de psicología al personal autorizado para realizar las encuestas.
- ✓ Envío de una carta de consentimiento informado
- ✓ Presentación de las encuestas a los directivos de la institución para que conozcan el contenido de las preguntas.

- ✓ Envío de enlace a los encuestados (profesionales de la salud), para que puedan contestar a las preguntas.
- ✓ Obtenida las 44 encuestas, se procedió con el análisis de los resultados
- ✓ Con el programa de ArcGis Survey 123, se pudo conocer los valores referentes a: desviación típica, media, número máximo, número mínimo y porcentajes de cada una de las variables de estudio.
- ✓ Presentación, revisión y corrección del trabajo de investigación

Capítulo tres

Presentación y análisis de resultados

3.1 Análisis de resultados

A continuación, se da a conocer los análisis y resultados del personal sanitario durante la pandemia de COVID-19, en el sector centro de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2021-2022.

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Sexo	Masculino	19	43.2%		
	Femenino	25	56.8%		
Estado civil	Soltero/a	28	63.7%		
	Casado/unión libre	14	31.8%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	2	4.5%		
Trabajo por turnos	SI	34	77.3%		
	No	10	22.7%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	42	95.5%		
	Tiempo parcial	2	4.5%		
Tipo de institución	Pública	9	20.5%		
	Privada	35	79.5%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		33	56	23	8
Horas de trabajo por día		9	16	8	2
Experiencia laboral		6	25	1	6

Nota. Cuestionario Ad-Hoc (M media; DT desviación típica)

Como se puede visualizar en la tabla 1, el 56.8% de la muestra fueron de sexo femenino, mientras que el 43.2% de sexo masculino. En cuanto al estado civil, el 63.7%, manifestaron estar solteros, el 31.8% casados y el 4.5%, divorciados. En relación al trabajo por turnos, el 77.3%, señaló que si, el 22.7% dijo que no. Respecto al tipo de trabajo, el 95.5% indicó trabajar a tiempo completo y el 4.5% tiempo parcial. Referente al tipo de institución, el 79.5% informó trabajar en una institución privada y el 20.5% en una institución pública.

En cuanto a la media de edad, esta fue de 33 años; del mismo modo se proporcionó una media de 9 horas de trabajo por día y una experiencia laboral de 6 años.

Dadas las condiciones que anteceden, el sexo que prevaleció fue el sexo femenino, ya que la mayoría de los encuestados pertenecían a este grupo, en comparación al porcentaje de encuestados masculinos que fue bajo. En cuanto al estado civil, la mayoría son personas solteras, además, el tipo de institución privada fue la que alcanzó el porcentaje significativo, en comparación a la institución pública que alcanzó menos proporción; se visualiza que la mayoría de los encuestados trabaja por turnos, aunque muy pocos, no lo hacen. En relación con la edad, la mayoría son personas de 33 años, por lo que trabajan nueve horas al día y la experiencia laboral fue de 6 años.

Tabla 2

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	16	36.4%
	Medio	13	29.5%
	Alto	15	34.1%
Despersonalización	Bajo	18	40.9%
	Medio	10	22.7%
	Alto	16	36.4%
Baja realización personal	Bajo	17	38.6%
	Medio	11	25.0%
	Alto	16	36.4%

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

Como se puede observar en la tabla 2, se describen las dimensiones de burnout, en relación al agotamiento emocional, el 36.4% declaró un bajo agotamiento, seguido de un 34.1% alto y un 29.5% medio, con respecto a despersonalización, el 40.9% manifestó un nivel bajo de despersonalización, continuado de un 36.4% alto y un 22.7% medio; referente a la baja realización personal, el 38.6% informó un bajo nivel de realización personal, a su vez, el 36.4% alto y un 25.0% medio.

En referencia a la clasificación anterior, se evidencia que, en la presente investigación, existen índices bajos de agotamiento, despersonalización, y de baja realización personal.

Tabla 3*Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
Estrés	Leve	33	75.0%
	Moderado	7	15.9%
	Severo	4	9.1%
Ansiedad	Leve	18	40.9%
	Moderado	9	20.5%
	Severo	17	38.6%
Depresión	Leve	22	50.0%
	Moderado	12	27.3%
	Severo	10	22.7%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

Como se puede visualizar en la tabla 3, se describe la percepción de la salud mental, el 75.0% manifestó un estrés leve, mientras que el 15.9% fue moderado y el 9.1% fue severo. Por otra parte, el 40.9% reportó un nivel leve de ansiedad, el 38.6% severo, el 20.5% moderado; sin embargo, en la depresión, el 50.0% presentó un índice leve, el 27.3% moderado y el 22.7%, fue severo.

Es evidente entonces, que la presente investigación da como referencia en las tres variables se obtuvieron niveles leves.

Tabla 4*Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad*

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	18.73	41.00	7.00	9.81
Percepción de soledad	5.48	12.00	3.00	2.35

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

En la tabla 4 se puede observar las medias de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, equivalentes a: 18.73 y 5.48 respectivamente.

Hechas las consideraciones anteriores, se puede indicar que el índice de la media de inflexibilidad psicológica, y de percepción de soledad, son bajos.

Tabla 5*Calidad de sueño del personal de salud*

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0.0%
	Baja dificultad para dormir	10	22.7%
	Media dificultad para dormir	27	61.4%
	Alta dificultad para dormir	7	15.9%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

En la tabla 5, se detalla la calidad de sueño, en la que el 61.4% señaló una media dificultad para dormir, el 22.7% expresó una baja dificultad para dormir y el 15.9% declaró alta dificultad para dormir.

En relación con este último, en lo que respecta a la dificultad para dormir, prevaleció la tasa media.

3.2 Discusión

En relación con el primer objetivo específico que corresponde al perfil sociodemográfico y laboral, se evidencia que el 56.8% de la mayoría de los participantes, son mujeres, cifra que concuerda con el estudio de Ortiz Gavilanes et al. (2022) en su estudio Áreas de atención y el síndrome de agotamiento emocional del “Hospital General Docente Ambato durante la pandemia COVID19” realizado en Ecuador con 181 participantes, quienes manifiestan que un 68% corresponde a mujeres. Otro estudio realizado en España titulado Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid, coincide con dicho porcentaje, por lo que, de los 119 profesionales de la salud un 68.9% han sido de sexo femenino (Ramírez Pérez et al., 2020), de la misma manera, una investigación con el tema Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19, que se llevó a cabo en Colombia, con 355 personales del área de la salud detalla que el 78.6% son mujeres (Madero Zambrano et al., 2022).

En cuanto al estado civil, el 63.7% de los encuestados, son solteros, porcentaje que concuerda con el estudio realizado en Ecuador, titulado Áreas de atención y el síndrome de

agotamiento emocional del “Hospital General Docente Ambato durante la pandemia COVID 19” con 181 participantes de la salud, el mismo que señala que, el 62.0%, manifiestan estar solteros. Otra investigación que se llevó a cabo en España, titulado Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid con 119 profesionales de la salud, encaja con estos datos, ya que, el 67.2% argumentan ser solteros. Del mismo modo el estudio de Colombia Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19 con 355 profesionales de la salud demuestra que, el 52.1% son solteros (Ortiz Gavilanes et., 2022; Ramírez Pérez et al., 2020; Madero Zambrano et al., 2022).

En lo que concierne a trabajo por turnos, el 77.3% de los participantes trabajan por turnos, estos datos se pueden corroborar con una investigación realizada en México, en un estudio titulado Nivel del síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería durante la pandemia COVID-19 de la Clínica Hospital ISSSTE Iguala, Gro. 2020, con una muestra de 30 enfermeras, donde los resultados muestran que el 33.3% pertenece al turno vespertino, el 26.7% al turno nocturno B y el 23.3% corresponden al turno nocturno, A (Rivera Sandoval, 2020). De igual modo, en el estudio de Ramírez (2017) al personal sanitario con 189 participantes con el tema, Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador, el 72.2% afirman que sí trabajan por turnos. De esta manera, concuerda con la indagación de Montero Pérez (2022) con el tema Síndrome de burnout y calidad del cuidado profesional de enfermería del servicio de diálisis del CMFIED La Mariscal-IESS efectuada en Ecuador con 122 participantes, de lo cual el 95% realiza turnos rotativos.

Referente al tipo de trabajo, se identificó que el 95.5% de los encuestados trabajan tiempo completo, esta cifra tiene relación con el estudio de López Osorio et al. (2020) con el tema Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES donde se investiga a 403 profesionales de la salud de Colombia, de los cuales el 94.0% trabajan a tiempo completo. Del mismo modo, la investigación de Herrera y Dávila (2022), realizada en

Ecuador, denominada Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un centro geriátrico en la ciudad de Quito, con 92 participantes, el 74% trabajan a tiempo completo. Mientras que, el estudio de Mejía (2021) con el tema Situación laboral de los graduados de la carrera de terapia física médica de la Universidad Técnica del Norte durante la emergencia sanitaria por COVID-19, efectuado en Ecuador con una muestra de 160 participantes, el 70.6% trabaja a tiempo completo.

Con respecto al tipo de institución, el 79.5% trabajan en instituciones privadas; dato que se puede comparar con una investigación efectuada en Argentina titulado Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional y sus factores sociolaborales de riesgo en licenciados y técnicos radiólogos de instituciones públicas y privadas de Bahía Blanca en un contexto de emergencia sanitaria por el COVID-19, con una muestra de 50 participantes, donde los resultados muestran que el 64% pertenecen a una institución privada (Van Konynenburg y Van Konynenburg, 2021). Por otra parte, un estudio realizado en Colombia, con el tema Percepción de la pandemia COVID-19 en los servicios de cirugía en Colombia, cuyo objetivo fue conocer el tipo de institución, en una muestra de 464 participantes, el 48.3% indicó que su lugar de trabajo fue privado universitario y el 21.6%, privado no universitario (Díaz-Castrillón et al., 2020). Otro estudio realizado en Colombia, titulado Cambios en la práctica laboral de los profesionales de enfermería por SARS-CoV-2/COVID-19 en una ciudad de Colombia, con una muestra de 115 integrantes del personal de enfermería, expone que el 70.4% trabajan en institución privada (Orguloso Bautista et al., 2022).

La edad media del personal de salud, corresponde a los 33 años, cifra que tiene estrecha relación con un estudio titulado Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador, con 189 participantes, en el cual la edad media es de 38 años (Ramírez, 2017). Del mismo modo, un estudio en Perú, denominado Estrés laboral y actitudes durante la pandemia COVID-19 del personal de enfermería a nivel de la micro-red de salud Cono Norte de Tacna, 2021, con 103 participantes del personal de enfermería, con una media de 37 años (Mamani Ramos y Mamani Limachi, 2022). De igual forma, otro estudio realizado en México mencionado

Percepción del contexto laboral de profesionales de enfermería del noroeste de México en tiempos de COVID-19, con 170 participantes del área de enfermería en el que destaca que la edad media es de 33.25 años (Quintana-Zavala et al., 2020).

En lo que respecta a las horas de trabajo por día, los trabajadores sanitarios laboran 9 horas diarias, cifra que coincide con el estudio denominado Síndrome de Burnout en personal operativo durante la crisis por COVID 19, Pertenecientes a centros de salud del distrito 01D01 Salud y presentación de un plan terapéutico, realizado en Ecuador, con una muestra de 180 participantes, quienes afirman que trabajan 8 horas diarias (Carabajo Hidalgo, 2021). Según un estudio titulado Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador, con 189 participantes, da a conocer que las horas laborables, son de 8 horas diarias o menos (Ramírez, 2017). En otra investigación realizada, en Guatemala, con el tema Caracterización de depresión durante pandemia en el personal médico de Zacapa, con 74 participantes del área médica, afirman trabajar 12 horas diarias (Mariscal Chacón, 2022).

En relación a la media de la experiencia laboral de los profesionales de la salud, corresponde a los 6 años, datos que son similares con la investigación realizada por Salillas Guillen (2017) en su estudio Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo, el Hospital San Jorge de Huesca, realizado en España, con 96 participantes de enfermería, indica que éstos poseen una experiencia laboral de 12.8 años. Del mismo modo una investigación realizada en Colombia, titulado Cambios en la práctica laboral de los profesionales de enfermería por SARS-CoV-2/COVID-19 en una ciudad de Colombia, con una muestra de 115 integrantes del personal de enfermería, manifiesta que la experiencia laboral es de 6 a 15 años (Orguloso Bautista et al., 2022). Así mismo, un estudio denominado, Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador, con una población de 189 encuestados, cuentan con una experiencia laboral de 12 años o menos (Ramírez, 2017).

De acuerdo a este estudio, los datos sociodemográficos del personal de salud, realizada en estas investigaciones; muestran una estrecha relación, debido a los resultados

obtenidos en cada una de ellas; como se muestra a continuación: el sexo que prevalece es el femenino. Adicionalmente, la mayoría de los encuestados se encuentran solteros, gran parte de los trabajadores sanitarios laboran por turnos a tiempo completo en instituciones privadas; las edades varían desde los 33 a 38 años, y, la jornada de trabajo es de aproximadamente 8 horas diarias, y disponen de una experiencia laboral de 6 a 12 años, estos datos han sido comparados con los diferentes autores citados anteriormente y son similares a los valores obtenidos.

Referente al segundo objetivo específico relacionado con las tres dimensiones del burnout, en el agotamiento emocional, el 29.5% de los participantes, tienen un índice medio, cifra que concuerda con el estudio hecho en Ecuador; titulado Síndrome de Burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19, con 224 participantes de la salud, quienes sostienen que un 25.17%, presenta un nivel moderado de agotamiento emocional (Vinuesa Veloz et al., 2021). Sobre la base, de un estudio realizado en Perú, denominado Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa, con 87 participantes del área de la salud, informa que el 29.9% revela un nivel moderado de agotamiento emocional (Muñoz-del-Carpio et al., 2019). Otra investigación realizada en México titulado Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19, con una muestra de 121 participantes de la salud, argumenta que el 24% exponen un nivel moderado (García-Torres et al., 2021).

De acuerdo a la información recolectada, el 22.7% de los encuestados, muestran un nivel medio de despersonalización, dato que coincide con el estudio Síndrome de Burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19, hecho en Ecuador, con 224 profesionales de la salud, quienes aseguran que el 27.40% expresan un nivel moderado de despersonalización (Vinuesa Veloz et al., 2021). En una investigación realizada en Perú, titulado Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa, con 87 participantes del área de la salud, informa que el 21.8% presenta un nivel moderado de despersonalización (Muñoz-del-Carpio et al., 2019). A su vez otra investigación realizada en México, con el tema Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la

pandemia de COVID-19, de la cual fueron partícipes 121 médicos, se indica que, el 25.6% muestra un nivel moderado de despersonalización (García-Torres et al., 2021).

En cuanto a la baja realización personal, el 25.0% de los participantes tienen un nivel medio, cifra que no difiere en gran porcentaje con el estudio de Ecuador, titulado Síndrome de Burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19, con una muestra de 224 profesionales de la salud, el mismo que es de un 32.45%, que registra un nivel moderado de realización personal (Vinueza Veloz et al., 2021). De manera semejante, un estudio en Perú, con el tema Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa, con 87 participantes del área de la salud, destaca que el 12.6% presenta un nivel moderado (Muñoz-del-Carpio et al., 2019). Mientras que otro estudio denominado Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19, en el que participaron 121 médicos, realizado en México, demuestra que el 28% poseen un nivel medio de baja realización personal (García-Torres et al., 2021).

Basándonos en las evidencias, con relación a los estudios presentados, los profesionales de la salud, en lo que respecta al agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, presentan niveles moderados; lo que indica que existe desgaste emocional por parte del personal, por lo que, les cuesta enfrentarse a las labores diarias; no obstante estos datos podrían bajar, si se optimizan los ambientes laborales, de este modo se podrían reducir sensaciones de irritabilidad, garantizando así un buen desenvolvimiento laboral.

De acuerdo al tercer objetivo, que hace referencia a la salud mental, en lo que concierne a estrés, el 15.9% de los encuestados en la investigación dan a conocer un nivel moderado de estrés. Dato que se ajusta con un estudio denominado Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con COVID 19 en Quito-Ecuador, con 92 participantes profesionales de la salud, el 23.9% tienen un nivel moderado de estrés (Paredes Morales y Parco Luna, 2021). De igual manera, los estudios llevados a cabo en Ecuador denominado Niveles de depresión, ansiedad y estrés en enfermeras y enfermeros durante emergencia sanitaria por COVID-19, con 125 integrantes

del personal de enfermería, el 15.2% tienen un nivel moderado de estrés (León Navarrete y Zurita Hidalgo, 2021). De la misma forma, otro estudio realizado en Venezuela titulado Desafíos para la enfermería de salud mental después del COVID-19, con una muestra de 150 participantes de la salud, informan que un 12.7% presentan un nivel moderado de estrés (Martínez et al., 2020).

Referente a la ansiedad, el 20.5% de los encuestados, expresan un nivel moderado de ansiedad, cifra que concuerda con el estudio, Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con COVID 19 en Quito-Ecuador, con 92 participantes profesionales de la salud, donde, el 27.2% resaltan un nivel moderado de ansiedad (Paredes Morales y Parco Luna, 2021). Del mismo modo, otro estudio llamado Niveles de depresión, ansiedad y estrés en enfermeras y enfermeros durante emergencia sanitaria por COVID-19, con 125 integrantes del personal de enfermería, realizado en Ecuador, el 24.0% afirman presentar un nivel moderado de ansiedad (León Navarrete y Zurita Hidalgo, 2021). Otro estudio titulado Desafíos para la enfermería de salud mental después del COVID-19, con una muestra de 150 participantes de la salud hecho en Venezuela, el 15.3% poseen un nivel moderado de ansiedad (Martínez et al., 2020).

En lo que se refiere a la depresión, el 27.3% de los encuestados en sus antecedentes recogidos, presentan niveles moderados de depresión, dato que se asemeja con el estudio realizado en Ecuador denominado, Efectos psicosociales ante la pandemia del COVID-19 en el personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo 2021, con 172 trabajadores de la salud, en el que manifiestan que un 15.52% presencia un nivel moderado de depresión (Pupiales Molina, 2021). Cifra que se ajusta con el estudio, Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con COVID 19 en Quito-Ecuador, con 92 participantes profesionales de la salud, el 25% presencia un nivel moderado de depresión (Paredes Morales y Parco Luna, 2021). Una investigación realizada en Venezuela, llamado Niveles de depresión, ansiedad y estrés en enfermeras y enfermeros durante emergencia sanitaria por COVID-19, con 125 integrantes del personal de enfermería

menciona que el 25.6% comprenden un nivel moderado de depresión (León Navarrete y Zurita Hidalgo, 2021).

Con respecto a las investigaciones realizadas, el arduo trabajo que han realizado los profesionales de la salud durante la COVID-19, ha traído consecuencias en su vida cotidiana, esto, se ha reflejado en su salud mental, por ello, las evidencias presentadas, manifiestan niveles moderados de estrés, ansiedad y depresión, ya que los médicos registran tensiones en relación a atender pacientes en pandemia. Es decir, temían contagiarse e infectar a sus familiares.

En cuanto al cuarto objetivo, que se refiere al grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad. La inflexibilidad psicológica del estudio indica una media de 18.73, cifra similar a otra investigación sobre Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia realizada en España con una muestra de 105 profesionales de la salud; formulan que la media en cuanto a inflexibilidad psicológica es de 20.4 (Montaner et al., 2021). Igualmente, otra indagación denominada, Burnout, evitación experiencial y autoconcepto laboral en profesionales de salud realizada en España, con 217 profesionales sanitarios; informan que la media en relación a la inflexibilidad psicológica es de 18.8 (Lorza, 2019). Según datos del estudio, Relevancia de la evitación experiencial en la esclerosis múltiple rol de la enfermería, realizado en España en el que participaron 51 médicos, enfatiza que la media de inflexibilidad psicológica es de 23.84 (Martín Sánchez et al., 2021).

Acerca de la percepción de soledad, el personal de salud que fue parte de la investigación, demuestran una media de 5.48, índice que concuerda con el estudio denominado, Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras y cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile, con una muestra de 64 profesionales de la salud, explican que la media en cuanto a percepción de soledad es de 10 (Marilaf Caro et al., 2017). De igual forma, una investigación denominada, Loneliness, complaining and professional Burnout of medical personnel of psychiatric wards during COVID-19 pandemic-Cross-sectional study, realizada en Polonia, con una muestra de 265 profesionales sanitarios, en lo

que respecta a percepción de soledad, mostró que la media de sus encuestados es de 3.63 (Karcz et al., 2022). Otro estudio realizado en China, titulado *Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a chinese explanatory study*, en el que participaron 511 médicos, señalan que la media de percepción de soledad es de 2.44 (Fang et al., 2021).

Hecha la observación anterior, los miembros del personal sanitario, han evidenciado angustias significativas, por lo que se exhibe que los profesionales tuvieron que dejar de lado sus ideas negativas para poder continuar con su trabajo y esto se ha verificado en los bajos niveles de inflexibilidad psicológica, aunque en la percepción de soledad, se evidencia niveles bajos, por lo que, las emociones durante la pandemia se manejaron de manera correcta, ya que, contaron con el apoyo de sus amistades para poder continuar con su trabajo de manera positiva.

En lo que respecta al quinto objetivo, sobre la calidad del sueño, el 15.9% de los integrantes, poseen un nivel alto de dificultad para dormir, dato que coincide con la investigación realizada en Perú denominada, *Calidad de sueño en internos de medicina de los hospitales de Piura*, con una muestra de 111 participantes, determina que, el 24.1% tienen una calidad de sueño bastante mala (Aranda Galarreta, 2019). Datos que tienen relación con el estudio denominado, *Salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en trabajadores de la salud del Hospital del Alta Especialidad de Veracruz*, realizado en México, en el que participaron 211 profesionales de la salud, donde el 4.7% presencia insomnio grave (Leal Peña et al., 2021). Otra investigación hecha en Perú titulado, *Impacto de la pandemia por COVID 19 en la salud mental del personal de la salud en el Hospital Nacional Edgardo Reblagliati Martins (HNERM), 2020*, con una muestra de 386 participantes del área de la salud, afirma que el 27.72% tienen insomnio grave (García Avendaño, 2020).

De acuerdo a las investigaciones realizadas en artículos científicos de diferentes autores, se observa niveles altos en lo que concierne a la dificultad para dormir en el personal sanitario; para los médicos es difícil poder conciliar el sueño, debido a que trabajan por turnos, por lo que esto ha afectado su calidad de sueño, se podría reducir estos niveles tomando en

consideración las siguientes recomendaciones como: evitar comer durante la noche y dejar de lado la cafeína.

Conclusiones

En el presente trabajo, los profesionales de la salud, en lo que respecta a las características sociodemográficas, la mayoría de los trabajadores son de sexo femenino, solteros, con una media de edad de 33 años; en el aspecto sociolaboral, la mayor parte trabaja a tiempo completo, con una media de 6 años de experiencia laboral y una media de 9 horas diarias de trabajo.

Con respecto a las tres dimensiones del burnout, se evidencia que los valores obtenidos son bajos, en cuanto a agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, es decir, no hay porcentajes perjudiciales en lo que concierne al estado anímico de los médicos, durante la pandemia.

Con base en la salud mental del personal sanitario, se expone que los resultados recabados en relación al estrés, ansiedad y depresión, presentan índices leves, por lo tanto, no hay una alteración en la salud mental.

Referente al grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, se reflejan niveles bajos de inflexibilidad psicológica, por ello, se muestra que no hay pensamientos negativos en el personal médico. En relación con la variable de soledad, los datos recogidos del personal de salud, expresan niveles bajos de percepción de soledad, por tal motivo no tuvieron sensaciones de tristeza.

En cuanto a la calidad de sueño, se manifiestan índices medios de dificultad para dormir, en consecuencia, se presencia cambios constantes en la forma de conciliar el sueño.

Recomendaciones

Con relación al agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se recomienda a los directivos que propongan actividades que ayuden al estado de ánimo de los médicos; como, por ejemplo: fomentar diálogos que incentiven el desempeño de su carrera profesional e implementar dinámicas para disipar el tiempo, de esta manera las horas de trabajo serán interactivas.

En el estrés, ansiedad y depresión, se sugiere que las instituciones de salud planteen programas de intervención para poder detectar a tiempo y prevenir estas variables, por lo que se erradicaría las secuelas laborales y personales; a su vez, se recomienda a los profesionales sanitarios realizar rutinas de yoga, meditación, leer libros, escuchar música, tomar té o infusiones de plantas antidepresivas cuando lo considere necesario, contar con una buena alimentación alcalinizante, así podrían mejorar su estado de estrés, ansiedad y depresión.

Ahora bien, para reducir los niveles de inflexibilidad psicológica, se debe tomar en cuenta lo siguiente: recomendar al Ministerio de Salud Pública, emplear técnicas de afrontamiento y aceptación que permitan identificar las emociones durante las horas de trabajo de los médicos; así mismo solicitar la ayuda de un psicólogo para lograr un cambio de actitud en su forma de pensar y actuar, hacer paseos antes y después de la jornada laboral, buscar el lado positivo para ayudar a sus pacientes.

Aunque no existe sensaciones de soledad, es necesario considerar, que las instituciones formen grupos de autoayuda, con el fin de que el personal de salud pueda manifestar cómo se siente, aplicar actividades comunitarias con el objetivo de trabajar en equipo; además, es indispensable que dichas instituciones permitan a los médicos, comunicarse con sus seres queridos a través de redes sociales, de este modo podrán mantener contacto, sin exponerse al contagio por COVID-19.

De acuerdo a las investigaciones realizadas, se evidencia que hay poca información sobre inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, por lo que, se sugiere, proponer más

estudios en el Ecuador sobre los profesionales de la salud, para que dé pautas que permitan conocer mediaciones terapéuticas que beneficien a los participantes.

Por otra parte, para reducir los niveles medios de dificultad para dormir, se sugiere que el colegio de médicos, aplique turnos más accesibles para que los médicos puedan descansar; asimismo, se recomienda a los profesionales sanitarios que eviten ingerir estimulantes y alcohol; es mejor que practiquen ejercicios, tener una cena ligera, procurar no tener preocupaciones ni hacer ejercicios mentales antes de ir a descansar, realizar respiraciones constantemente, tomar baños relajantes antes de acostarse para poder conciliar el sueño.

Referencias

- Alvarado Acosta, G. E., y Ortega Nieto, M. A. (2020). *Ineficacia del servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP) en los contratos de insumos médicos durante la emergencia sanitaria en Ecuador* [Tesis de Grado, Universidad de Guayaquil] Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. <https://n9.cl/o0sfq>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ed.* Editorial Médica Panamericana.
- Aranda Galarreta, C.G. (2019). *Calidad de sueño en internos de medicina de los hospitales de Piura* [Tesis de maestría, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional. RiUPAO. <https://n9.cl/wp8ad>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M.A. y Muñoz, M. (2021). Estudio longitudinal de la percepción de soledad durante el confinamiento derivado de la COVID-19 en una muestra de población española. *Acción Psicológica*, 18(1), 165-178. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28845>
- Babativa Noboa, C.A. (2017). *Investigación cuantitativa*. Areandina. <https://n9.cl/s95vo>
- Bairero Aguilar, M.E. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed*, 21(6).971-982.
- Ballena, C.L., Cabrejos, L., Davila, Y., Gonzales, C.G., Mejía, G.E., Ramos, V., y Barboza, J.J. (2021). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. *Revista del cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 87-89. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904>
- Bojórquez Díaz, C.I., Quintana López, V.A., y Coronado Saucedo, A. (2021). El sentimiento de soledad y su relación suicida en estudiantes universitarios. *Revista inclusiones*, 8, 80-94. <https://n9.cl/0k0cc>
- Bueno Ferrán, M., y Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, S35-S39. <https://n9.cl/u7svt>

- Carabajo Hidalgo, V. (2021). *Síndrome de Burnout en personal operativo durante la crisis por Covid 19, Pertenecientes a centros de salud del distrito 01D01 Salud y presentación de un plan terapéutico* [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional. Dspace. <https://n9.cl/jy422>
- Carpintero Ángulo, A. (24 de febrero de 2021). *Síntomas de estrés, causas, tratamientos y prevención*. Nutrición y Farmacia. <https://n9.cl/99efb>
- Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras, J. M., y Gómez-Becerra, I. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(2), 135-141.
- Contreras-Mendoza, I., Olivas-Ugarte, L.O., y De la Cruz-Valdiviano, C. (2021). Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(1), 24-30.
- Coryell, W. (agosto, 2021). *Depresión*. MANUAL MSD versión para público general. <https://n9.cl/3gjgy>
- De Rosa, M., Lanzilotta, B., Perazzo, I., y Vigorito, A. (2020). Las políticas económicas y sociales frente a la expansión de la pandemia de COVID-19: aportes para el debate. *Aportes y análisis en tiempos de coronavirus*. <https://n9.cl/4stci>
- Delgado Domínguez, C.J., Varas García, J., Ruiz, F.J., Díaz Espejo, B., Cantón Guerrero, P., Ruíz Sánchez, E., González Jurado, N., Rincón Bello, A., y Ramos Sánchez, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de la sociedad española de nefrología*. 40(2), 160-170. <https://n9.cl/0sdxs>
- Días do Nascimento, C. (2022). *Estrés laboral y resiliencia en colaboradores de una empresa privada del sector construcción de Lima, 2021*. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Dspace. <https://n9.cl/n3uv8>
- Díaz Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://n9.cl/nam1n3>

- Díaz-Castrillón, C. E., Cortés, N., Rey, S., Pineda, M., Díaz-Castrillón, J. F., y Sierra, S. (11 de mayo de 2020). Percepción de la pandemia COVID-19 en los servicios de cirugía en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(2), 290-301. <https://n9.cl/db5ke>
- Doris Durán, J.F., Monsalves, M.J., Rodríguez, M.F., Rotarou, E.S., Gajardo, J., Alfaro, T., Bertoglia, M.P., Muñoz, S., y Cuadrado, C. (2021). Propiedades diagnósticas de las definiciones de caso sospechoso de COVID-19 en Chile, 2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45 (e14). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.14>
- El síndrome del burnout: definición, síntomas y consecuencias (2022). Seguros personales. <https://n9.cl/4pb86>
- Espín-Arguello, A.D.P. (2020). Análisis de la bioseguridad frente a la pandemia de covid-19 y el impacto psicológico en profesionales de enfermería. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(12), 29-38.
- Etinne, C.F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e140, 1-2.
- Fang, X. H., Wu, L., Lu, L. S., Kan, X. H., Wang, H., Xiong, Y. J., Ma, D.C & Wu, G. C. (2021). Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a chinese explanatory study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-8. <https://n9.cl/qsls8>
- Gallardo Ponce, I. (8 de febrero de 2021). *Estrés. Cuidate plus*. <https://n9.cl/qxa9>
- García Avendaño, C.M. (2021). *Impacto de la pandemia por Covid 19 en la salud mental del personal de la salud en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), 2020* [Tesis de doctorado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional. RiUIGV. <https://n9.cl/gkedd>
- García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso Murillo, D., Martínez-Riera, J.R., y Ruiz-Frutos, C. (23 de julio de 2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de salud pública*. 94, 1-20. <https://n9.cl/rz3wp>

- García-Torres, M., Aguilar-Castro, A.J., y García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de Covid-19. *Escritos de psicología*, 14(2), 96-106. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>
- Gaunche, H. (2020). Un reto para los profesionales de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-4. <https://n9.cl/0iorx>
- Gil López, G., y Gea Brugada, M. (24 de marzo de 2022). *Nuevas estrategias para mejorar la salud emocional en el siglo XXI*. SESST. <https://n9.cl/lisz4>
- Gilla, M. A., Giménez, S.B., Moran, V.E., y Olaz, F.O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193.
- Gonzalo, M.H. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://n9.cl/faukv>
- Guayas y Los Ríos tienen 23 de los 45 casos de corrupción investigados en esta emergencia (8 de junio de 2020). *El Universo*. <https://n9.cl/00if1>
- Guerrera Alban, G.P., Verdesoto Arguello, A.E., y Castro Molina, N.E. (1 de julio de 2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173. <https://n9.cl/mspet>
- Herrera, M. y Dávila, P. (2022). Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un centro geriátrico en la ciudad de Quito. *Programa de investigación en Seguridad y Salud en el trabajo*, 1-14. <https://n9.cl/luxshe>
- Karcz, E., Zdun-Ryzewska, A., & Zimmermann, A. (2022). Loneliness, complaining and professional Burnout of medical personnel of psychiatric wards during COVID-19 pandemic-Cross-sectional study. *Healthcare*, 10(1), 1-10. <https://n9.cl/vhdus>
- La corrupción y el coronavirus: Cómo prevenir el abuso de poder durante una pandemia mundial de salud (16 de abril de 2020). *Intedya*. <https://n9.cl/sj4lw>
- Labarthe, S. (abril de 2020). ¿Qué pasa en Ecuador? Covid-19, crisis sanitaria y conflictividad política. Nueva sociedad. <https://n9.cl/kn6i>

- Lara Romero, L., y Castellanos Suárez. (23 de noviembre de 2020). Derecho a decir adiós, muerte en soledad y duelo crónico en la pandemia COVID-19. *Publicaciones e Investigación*, 14(2), 1-12. <https://doi.org/10.22490/25394088.4440>
- Lauracio, C., y Lauracio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554. <https://n9.cl/vo1vi>
- Leal Peña, A.U., Llaven Velásquez, C.Y., Medina Alfaro, J., Murieta Vera, I.J., y Sánchez Durán, J.E. (2021). *Salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en trabajadores de la salud del Hospital del Alta Especialidad de Veracruz* [Tesis de maestría, Universidad Veracruzana]. Repositorio Institucional. RiUV. <https://n9.cl/tj5hv>
- León Navarrete, M. M., y Zurita Hidalgo A. D. (2021). *Niveles de depresión, ansiedad y estrés en enfermeras y enfermeros durante emergencia sanitaria por COVID-19* [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional. RdUCE. <https://n9.cl/hm71x>
- López Izurieta, I., y López Izurieta, I. (3 de enero de 2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50.
- López Osorio, E. A., Cano, C., y Salazar Ospina, V. (2020). *Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional. RiUCC. <https://n9.cl/qm1g>
- López-Sampalo, A., Bernal-López, M. R., y Gómez-Huelgas, R. (2022). Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa. *Revista clínica española*, 222(4), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.10.003>
- Lorza Gil, I. (2019). *Burnout, evitación experiencial y autoconcepto laboral en profesionales de salud* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional. REBIUN. <https://n9.cl/0vk6s>

- Lucio Castorena, M.G., y Enríquez Reyna, M.C. (2022). Efectos del entrenamiento personalizado sobre la calidad del sueño con riesgo cardiovascular. *Revista de divulgación científica FOD*, 1(1), 19-27. <https://n9.cl/d9ncs8>
- Madero Zambrano, K., Ayala Jiménez, D., Alvis Estrada, L., Bohórquez Moreno, C., Sanabria Artunduaga, M., y Salas Taborda, H. (2022). Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19. *Ustasalud*, 21(2). <https://doi.org/10.15332/us.v21i2.2675>
- Mamani Ramos, C.J., y Mamani Limachi, R.E. (2022). Estrés laboral y actitudes durante la pandemia COVID-19 del personal de enfermería a nivel de la micro-red de salud Cono Norte de Tacna, 2021. *Revista Muro de la Investigación*, 7(1), 1-15. <https://n9.cl/d4rn2>
- Marilaf Caro, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., y Vivanco, L. (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras y cuidados paliativos y atención domiciliar de Chile. *Enfermería clínica*, 27(6), 379-386. <https://n9.cl/eh5c0>
- Mariscal Chacón, J.A. (5 de febrero de 2022). Caracterización de depresión durante pandemia en el personal médico de Zacapa. *Revista Académica CUNZAC*, 5(1), 1-7.
- Martín Sánchez, D., Sancho Cantus, D., Cuerda Ballester, M., De la Rubia Ortí, J.E., y Solera Gómez, S. (2021). Relevancia de la evitación experiencial en la esclerosis múltiple y rol de la enfermería. *Index de Enfermería*, 30(4), 313-317. <https://n9.cl/gxw32>
- Martínez, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I. y Pinto, S. (2020). Efectos de la pandemia por COVID – 19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. *GICOS*, 5(2), 77-88. <https://n9.cl/lspbi>
- Martínez-Esquivel, D. (2020). Desafíos para la enfermería de salud mental después del COVID-19. *Revista ciencia y cuidado*, 17(3), 122-129. <https://n9.cl/ut35b>
- Medina, C., Chavira J., Aburto, T., Nieto, C., Contreras-Manzano, A., Segura, L., Jáuregui A., y Barquera, S. (26 de febrero de 2021). Revisión rápida: evidencia de transmisión por Covid-19 e infecciones respiratorias agudas similares en espacios públicos abiertos. *Salud pública de México*, 63(2), 232-241. <https://n9.cl/rImjd>

- Mejía, K.D. (2021). *Situación laboral de los graduados de la carrera de terapia física médica de la Universidad Técnica del Norte durante la emergencia sanitaria por Covid-19* [Tesis de grado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Institucional. RIA. <https://n9.cl/iojdy>
- Mendoza López,A. (2021). El síndrome de desgaste profesional (burnout syndrome). *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 49(2), 73-83. <https://n9.cl/fy6kb>
- Mendoza, A.(2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 63(4), 555-564. <https://n9.cl/epj2u>
- Mera Andrade, R., Tercero Gualpa, E., Mera Guzmán, P., y Mera Guzmán, V. Estrategias para contrarrestar la pandemia del COVID-19. *Mediciencias UTA*, 5(2), 73-85.
- Millán-Franco, M. (2020). Trabajo Social y COVID-19. Un análisis de las consecuencias sociales y sus implicaciones para la intervención social con colectivos vulnerables. Congreso internacional virtual sobre Trabajo Social. *Consecuencias psicológicas, sociales, políticas y económicas*. EUMED.Recuperado el 17 de junio de 2021.<https://n9.cl/50lza>
- Monroy-Gómez, J., y Torres-Fernández, O. (2020). Efectos de los coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en el sistema nervioso. ¿Qué esperar del SARS-CoV-2?. *Biomédica*, 40, 173-179. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5682>
- Montaner, X., Tarrega, S., y Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 56, 144-151. <https://n9.cl/5rn6gl>
- Montero Pérez, J. E. (2022). *Síndrome de burnout y calidad del cuidado profesional de enfermería del servicio de diálisis del CMFIED La Mariscal-IESS* [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Institucional. RIA. <https://n9.cl/woc9pe>
- Montes-Berges, B., y Ortúñez Fernández, M. E. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia de Covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*, 20(62), 254-282. <https://n9.cl/8qsyc>

- Muñoz-del-Carpio Toya, A. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148. <https://n9.cl/6sg4o>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Depresión*. <https://n9.cl/2495c>
- Orgulloso Bautista, C.A., Beleño Pinedo, L., y Méndez Vergara, R.I. (2022). Cambios en la práctica laboral de los profesionales de enfermería por SARS-CoV-2/COVID-19 en una ciudad de Colombia. *UstaSalud*, 21(1), 25-31. <https://n9.cl/4o395>
- Ortega Jiménez, D. (2021). Guía Prácticum 4.1. *Ediloja*
- Ortiz Gavilanes, G. M., Salcedo, D. R. N., y Castro, J. V. O. (2022). Áreas de atención y el síndrome de agotamiento emocional del “Hospital General Docente Ambato durante la pandemia covid19”. *Mediciencias UTA*, 6(1), 40-54. <https://n9.cl/vocfh>
- Paredes Morales, E. B., y Parco Luna, X. A. (2021). *Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con Covid 19 en Quito-Ecuador* [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional. RdUCE. <https://n9.cl/zp3pz>
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C., y Martínez-Suárez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202-211.
- Peraza de Aparicio, C.X. (2020). Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *Medisur*, 18(3), 507-511. <https://n9.cl/vls5o>
- Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., y Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera*, 19(2) 1-15.
- Pérez Cuevas, R., y Doubova, S. (18 de mayo de 2020). *Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia*. BID Mejorando vidas. <https://n9.cl/7a6da>
- Pupiales Molina, D.E. (2021). *Efectos psicosociales ante la pandemia del Covid-19 en el personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo 2021* [Tesis de grado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Institucional. RIA. <https://n9.cl/oqbwd>

- Quintana-Zavala, M. O., Bautista-Jacobo, A., y Velarde-Pacheco, E. P. (2020). Percepción del contexto laboral de profesionales de enfermería del noroeste de México en tiempos de COVID-19. *Sanus*, 5(16), 1-14. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.243>
- Quiroz-Ascencio, G., Vergara-Orozco, M., Yañez-Campos, M., Pelayo-Guerrero, P., Moreno-Ponce.M.L., y Mejía Mendoza, M. L. (2021). Prevalencia de síndrome de burnout en profesionales de la salud ante pandemia de Covid-19. *Salud Jalisco*, 8(Esp), 20-32. <https://n9.cl/gmvhw>
- Ramírez Pérez, M.A., Garicano Quiñónez, L.F., González De Abreu, J. M., González De Buitrago, E., J., Sánchez Úriz, M. A., y Campo Balsa, M. T. del. (2020). Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(1), 57-65. <https://n9.cl/w491j>
- Ramírez, M. R. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 241-251. <https://n9.cl/ei6h5>
- Ramos-Galarza,C.A.(21 de octubre de 2020). Los alcances de una investigación. *Revista de Divulgación Científica de la Universidad Indoamérica*, 9(3), 1-6. <https://n9.cl/vhub9>
- Redacción Médica (16 de marzo de 2020). *Coronavirus: origen, evolución y por qué no es igual que el SARS y el MERS*. <https://n9.cl/dlrp>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria. <https://n9.cl/chmut>
- Rivadeneira Rodríguez,E.M.(2017).Lineamientos teóricos y metodológicos de la investigación cuantitativa en ciencias sociales.*In Crescendo*, 8(1), 115-121. <https://n9.cl/nuek3>
- Rivera Sandoval, R. M. (2020). *Nivel del síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería durante la pandemia COVID-19 de la Clínica Hospital ISSSTE Iguala, Gro. 2020* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Guerrero].Repositorio Institucional. RiUAGRO. <https://n9.cl/rq81z>

- Rodríguez Mora, Á. (2020). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de Estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 63-70. <https://n9.cl/tpexm>
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. 10.26852/01234250.20
- Salillas Guillen, R. (2017). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(3), 65-69. <https://n9.cl/y71r4>
- Sanabria-Mazo, J.P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P.P., Rojas-Gualdrón, D.F., y Sanz, A. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Editorial. CES
- Santamaría, M.D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I., y Alboniga Mayor, J. J. (2021). Impacto psicológico de la Covid-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-111. <https://n9.cl/n3ft>
- Santillan Haro, A., y Palacios Calderón, E. (2020). Caracterización epidemiológica de covid-19 en Ecuador. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3, 1-7. <https://n9.cl/vonbn>
- Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I (2003). Ansiedad, angustia, estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Sixtos Mancilla, A.Y. (2022). "Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en el personal médico que atendió a pacientes en el módulo respiratorio durante la pandemia de COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar NO.1, Aguascalientes" [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Institucional.Dspace. <https://n9.cl/iza2u>
- Trastornos de ansiedad (23 de septiembre de 2021). *Mayoclinic*. <https://n9.cl/137>
- Vaca, D., y Mayorga, D. (3 de enero de 2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante la pandemia. *Enfermería Investiga*, 6(1), 20-26. <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1023.2021>.

- Valencia,P.(2019).Does the Acceptance and Action Questionnaire II really measure experiential avoidance?.*Revista Evaluar*, 19(3), 42-53.<https://doi.org/10.35670/1667-4545.v19.n3.26776>
- Valero Cedeño,N.J., Vélez Cuenca,M.F., Duran Mojica,A.A., y Torres Portillo,M. (22 de junio de 2020).Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga*, 5(3), 63-70. <https://n9.cl/g9t1l>
- Valiente Barroso, C., Sáiz Obeso, J., Valiente Barroso, B., Lombraña Ruiz, R., y Martínez Vicente, M. (2021). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. <https://n9.cl/qjf28>
- Van Konynenburg, A. y Van Konynenburg, G. (2021). *Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional y sus factores sociolaborales de riesgo en licenciados y técnicos radiólogos de instituciones públicas y privadas de Bahía Blanca en un contexto de emergencia sanitaria por el Covid-19* [Tesis de grado, Universidad Tecnológica Nacional]. Repositorio Institucional. RIA. <https://n9.cl/eg88i>
- Velasco, N. (21 de marzo de 2022). *¿Qué es la flexibilidad psicológica?* Amadag. <https://n9.cl/yacer>
- Vidal, J.P. (16 de abril de 2019).*Depresión*. Clínica Universidad de Navarra. <https://n9.cl/njzo8>
- Villagra,G.S., y Rodríguez,A.C.(2020). *Estrategias de afrontamiento en tiempos de coronavirus*.Tiraxi. <https://n9.cl/z6c72a>
- Vinueza Veloz, A.F., Aldaz Pachacama, N.R., Mera Segovia, C.M.,Tapia Veloz, E.C., y Vinueza Veloz, M.F. (2021). Síndrome de Burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19.*Revista Correo Científico Médico*, 25(2), 1-17. <https://n9.cl/fx2vl>

Apéndice

Apéndice A. Documento de información general y consentimiento informado

Información general

Estimado/a,

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación. El presente proyecto tiene por objeto: "Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19". La investigación es (en su mayoría) a través de cuestionarios, no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

El estudio no ha realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación. La población objeto de estudio será el personal sanitario de instituciones, públicas o privadas, en servicio activo.

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizará la aplicación de distintas escalas psicológicas y el levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala DASS 21, Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ) Escala UCLA-20 y Escala de Calidad de Sueño (PSQI).

Beneficios de su participación

Con este estudio, usted, contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención de factores de riesgos psicosociales y de salud mental en personal sanitario. Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas y únicamente serán trabajados por el Departamento y Carrera de Psicología de la UTPL.

Usted no incurrirá en ningún gasto.

Riesgos y molestias

Este es un estudio en el que los riesgos para su salud son nulos. Además, no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones; sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los participantes.

Participación voluntaria

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación. Para mayor información se puede contactar con el siguiente correo dmortega1@utpl.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante declara conocer el Proyecto “Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador” y acepta que es necesaria la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre, voluntaria y conscientemente acepta participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además, autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

Sus respuestas serán **secretas, anónimas**, y **nunca** podrán vincularse con usted.

Está en su derecho de abstenerse de participar o retirarse del estudio, así mismo, revocar el consentimiento informado en cualquier momento sin ninguna represalia y si así lo desea, puede disponer de sus resultados.

He leído y acepto.

Acepto (firma) _____

No acepto _____

Apéndice B. Instrumentos de aplicación

Cuestionario sociodemográfico y laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características socioeconómicas y laborales. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre todas las cuestiones que le planteamos. ¡Muchas gracias! Apreciamos su colaboración.

Género: Masculino Femenino Otro

Ciudad de trabajo:

Edad: ____ años **Número de hijos:** _____

Nacionalidad: _____

Estado civil: soltero casado/unión libre viudo divorciado

La zona que trabaja es: urbana rural **Su remuneración es de:** _____

Profesión: _____

Tipo de contrato:

nombramiento permanente	<input type="checkbox"/>	nombramiento provisional	<input type="checkbox"/>
libre nombramiento y remoción	<input type="checkbox"/>	servicios ocasionales	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Horas que trabaja diariamente: _____ **Trabaja usted en turno:** Sí_ No_

La institución provee de recursos necesarios para su trabajo: totalmente medianamente poco nada

Título: _____

Tiempo de experiencia laboral: ____ años ____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Tipo de institución: pública privada

En el último año usted ha tratado pacientes con riesgo de muerte: sí no

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí_ no_

¿Siente que su trabajo toma *tanto tiempo* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí_ no_

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? sí_ no_

MBI

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

DASS-21

Sírvase de contestar como considere oportuno las siguientes oraciones, seleccione con un círculo el número correspondiente 0, 1, 2, 3 según considere que experimentó usted en los últimos días, a continuación, se muestra la escala y su correspondencia:

0= Nada aplicable en mí

1= Aplicable a mí en algún grado

2= Aplicable en mí en alto grado

3= Muy aplicable en mí

1. Me costó mucho relajarme.	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podía hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por qué vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico.	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

AAQ – II

Seleccione cómo le describen las siguientes afirmaciones, señale con un círculo el número correspondiente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 según considere, a continuación, se muestra la escala y su correspondencia:

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quisiera.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

UCLA-20

Sírvase de contestar como considere oportuno las siguientes oraciones, seleccione con un círculo el número correspondiente 1, 2, 3, 4 según considere que experimentó usted en los últimos días, a continuación, se muestra la escala y su correspondencia:

1= A menudo

2= Con frecuencia

3= Raramente

4= Nunca

Con qué frecuencia...

1.	Me llevo bien con la gente que me rodea.	1	2	3	4
2.	Me falta compañía.	1	2	3	4
3.	No tengo a nadie con quien pueda contar.	1	2	3	4
4.	Me siento solo.	1	2	3	4
5.	Me siento parte de un grupo de amigos.	1	2	3	4
6.	Tengo mucho en común con los que me rodean.	1	2	3	4
7.	No tengo confianza con nadie.	1	2	3	4
8.	Mis intereses no son compartidos.	1	2	3	4
9.	Soy una persona abierta, extrovertida.	1	2	3	4
10.	Me siento cercano a algunas personas.	1	2	3	4
11.	Me siento excluido, olvidado por los demás.	1	2	3	4
12.	Mis relaciones sociales son superficiales.	1	2	3	4
13.	Pienso que realmente nadie me conoce bien.	1	2	3	4
14.	Me siento aislado por los demás.	1	2	3	4
15.	Puedo encontrar compañía cuando lo necesito.	1	2	3	4
16.	Hay personas que realmente me comprenden.	1	2	3	4
17.	Me siento infeliz por estar tan aislado.	1	2	3	4
18.	La gente está a mi alrededor, pero no la siento conmigo.	1	2	3	4
19.	Hay personas con las que puedo hablar y comunicarme.	1	2	3	4
20.	Hay personas a las que puedo recurrir.	1	2	3	4

Calidad de sueño

Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches? _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado) _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccione la respuesta más adecuada a su situación.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de...? considerar la siguiente escala:

1= no me ha ocurrido

2= menos de una vez a la semana

3= una o dos veces a la semana

4= tres o más veces a la semana

a. No poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo.	1	2	3	4
b. Despertarse en mitad de la noche o de madrugada.	1	2	3	4
c. Tener que ir al baño.	1	2	3	4
d. No poder respirar adecuadamente.	1	2	3	4
e. Tos o ronquidos.	1	2	3	4
f. Sensación de frío.	1	2	3	4
g. Sensación de calor.	1	2	3	4
h. Pesadillas.	1	2	3	4

i. Sentir dolor.

1 2 3 4

6. Durante el último mes, ¿cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?

muy buena
bastante buena

muy mala
bastante mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que tomar medicina (prescrita o automedicada) para poder dormir?

No me ha ocurrido durante el último mes.
Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

4.

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?

No me ha ocurrido durante el último mes.
Menos de una vez a la semana.

Una o dos veces a la semana.

Tres o más veces a la semana.

9. Durante el último mes, ¿cuán problemático ha resultado para usted el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

No me ha resultado problemático en absoluto.
Solo ligeramente problemático.

Moderadamente problemático.

Muy problemático.

10. ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

No tengo.

Sí tengo, pero duerme en otra habitación.

Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama.

Sí tengo y duerme en la misma cama.