



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID-19 en Ecuador**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autor: Vera Espinoza, Diana Andreina

Director: Pesántez Carrión, Lida Cristina

MANTA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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, 18 de octubre de 2022

Magíster.

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 Ecuador, realizado por Diana Andreina Vera Espinoza 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,

Director: Lida Cristina Pesántez Carrión

C.I.: 0103097366

Correo electrónico: lcpesantez4@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Diana Andreina Vera Espinoza, 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 Ecuador, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Marco Teórico, Marco Metodológico, Análisis de resultados y discusión, Conclusiones y recomendaciones, siendo Lida Cristina Pesántez Carrión, directora 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.

.....

Autor: Diana Andreina Vera Espinoza

C.I.: 1315591535

Correo electrónico: davera22@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mis padres, quienes han estado junto a mí en cada paso de esta carrera, apoyándome y ayudándome a no desistir en aquellos momentos en los que me he querido dar por vencida. Sin duda por ellos he logrado llegar tan lejos.

También se lo dedico al Dr. Miguel Machuca quien ha alentado este trabajo y me permitió realizar la investigación en su clínica.

Diana Andreina Vera Espinoza

Agradecimiento

Se lo agradezco de una radiante manera a mis padres, que me han facilitado poder conocer acerca de esta hermosa materia y gracias a su sacrificio, hoy estoy cerca de titularme.

Le agradezco al personal de salud que pudo comunicar sus sentimientos hacia la pandemia. Además, estuvieron dispuestos a responder todas las preguntas y alentarme a salir adelante sin importar los prejuicios de otros.

Diana Andreina Vera Espinoza

Índice de contenidos

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenidos	VII
Resumen	1
<i>Abstract</i>	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
1.1. COVID 19	5
1.1.1. Reseña histórica de la pandemia	5
1.1.2. Consecuencias de la COVID 19	8
1.1.3. COVID-19 en Ecuador	10
1.1.4. COVID-19 en el personal sanitario y sus repercusiones	11
1.2. Afectaciones a la Salud Mental	13
1.2.1. Salud Mental	13
1.2.2. Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios	19
1.3. Variables psicosociales relacionadas a la Salud Mental	25
1.3.1. Inflexibilidad psicológica	25
1.3.2. Soledad y Apoyo Social	26
1.3.3. Estrategias de afrontamiento	28

1.3.4. Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la Salud	30
Capítulo dos	33
2.1. Objetivos	33
2.1.1. Objetivo General	33
2.1.2. Objetivos Específicos	33
2.2. Preguntas de investigación	33
2.3. Diseño de investigación	34
2.3.1. Población y muestra	36
2.4. Criterios de inclusión y exclusión	37
2.5. Instrumentos de recolección de datos	37
2.6. Procedimiento	40
Capítulo tres	43
Análisis de resultados y discusión	43
3.1. Análisis de resultados	43
3.2. Discusión	47
Conclusiones	53
Recomendaciones	55
Referencias	57
Apéndices	80
Apéndice 1: Consentimiento informado	80
Apéndice 2: Cuestionario sociodemográfico y laboral	81
Apéndice 3: MBI	83

Apéndice 4: DASS – 21	85
Apéndice 5: AAQ – II	86
Apéndice 6: UCLA – 3	87
Apéndice 7: Calidad del sueño	88

Índice de tablas

Tabla 1	43
Tabla 2	44
Tabla 3	45
Tabla 4	46
Tabla 5	47

Resumen

La COVID-19 es una enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 que ha causado la muerte de miles de personas, el colapso del sistema sanitario y el riesgo de alteraciones en la salud mental. El personal sanitario se ha visto afectado por ansiedad, depresión y dificultades para dormir. El objetivo general de la investigación fue determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en un establecimiento privado del sector Las Acacias en la ciudad de Manta en el año 2021. Se realizó una investigación con un diseño exploratorio, descriptivo, cuantitativo, no experimental y transversal, evaluando a 45 profesionales con los cuestionarios sociodemográfico; MBI-HSS; DASS - 21; AAQ – II 7; UCLA – 3 y PSQI. Finalmente, se encontró que la mitad de los encuestados tiene valores altos en las dimensiones de burnout y aproximadamente un cuarto de la población tiene valores severos de estrés, ansiedad y depresión. Finalmente, al analizar la calidad de sueño del personal sanitario, se encontró que aproximadamente un cuarto de los encuestados mantuvo una alta dificultad para dormir.

Palabras claves: COVID-19, salud mental, profesional sanitario.

Abstract

COVID-19 is a disease caused by the SARS-CoV-2 virus that has induced the death of thousands of people, the collapse of the health system and the risk of alterations in mental health. Health workers have been affected by anxiety, depression and sleeping difficulties. The general objective of the research was to determine the mental health status of health workers during the COVID-19 pandemic in a private establishment in the Las Acacias sector in the city of Manta in 2021. An investigation was carried out with a design exploratory, descriptive, quantitative, non-experimental and cross-sectional, surveying 45 professionals with ad hoc sociodemographic questionnaires; MBI-HSS; DASS-21; AAQ-II 7; UCLA-3 and PSQI. Finally, it was found that half of the respondents have high values in the dimensions of burnout and approximately a quarter of the population has severe values of stress, anxiety and depression. Finally, when analyzing the quality of sleep of health personnel, it was found that approximately a quarter of those surveyed had high difficulty sleeping.

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

Introducción

La pandemia provocada por la COVID-19 ha generado el colapso del sistema sanitario, y la muerte de miles de personas alrededor del mundo (Fuentes et al., 2021). En consecuencia, esta enfermedad ha aumentado el riesgo de sufrir de estrés, ansiedad, terror, tristeza, y soledad (Hernández, 2020). Algunas de las afectaciones más comunes están relacionadas con la percepción que tienen las personas sobre sus capacidades y habilidades al momento de ejercer sus labores de manera productiva y contribuir a la comunidad (Andersen et al., 2021). Debido a ello, la pandemia de COVID-19 se relaciona con afecciones como la ansiedad, depresión y estrés. Adicionalmente, también se considera el síndrome de burnout y los efectos en la alteración del sueño, la inflexibilidad psicológica y la sensación de soledad.

El objetivo principal de la investigación fue determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en un establecimiento privado del sector Las Acacias en la ciudad de Manta durante el año 2021. Para ello, se definió la población de interés y se utilizaron instrumentos de recolección de datos para las variables sociodemográficas, estrés, ansiedad, depresión, burnout, soledad, inflexibilidad psicológica e índice de la calidad del sueño para su análisis y discusión.

Respecto a la estructura, el primer capítulo está conformado por el marco teórico que abarca una reseña histórica de la pandemia, las consecuencias de la COVID-19, las generalidades del virus en Ecuador y la relación con el personal sanitario. Además, también se describen diversas afectaciones a la salud mental. Finalmente, se indican las variables psicosociales relacionadas como lo son la inflexibilidad psicológica, la soledad, las estrategias de afrontamiento y los desafíos de la COVID-19 en los profesionales de la salud.

En el segundo capítulo, se indica el diseño metodológico, la población, la muestra con los respectivos criterios de inclusión y exclusión, y las variables estudiadas a través de los siguientes instrumentos de recolección de datos: cuestionario *ad hoc* sociodemográfico; inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS); escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés

(DASS - 21); cuestionario de aceptación y acción (AAQ – II) 7; escala de soledad (UCLA – 3); índice de calidad de sueño (PSQI).

En el tercer capítulo se muestran los resultados y se realiza el respectivo análisis y discusión de estos al compararlos con otros estudios. Finalmente, se manifiestan las conclusiones y respectivas recomendaciones.

La importancia del estudio se relaciona con los efectos psicológicos negativos en el personal sanitario debido a la COVID-19. Entre estos se incluyen las horas de trabajo excesivas, el desgaste del equipo de protección personal, las noticias exageradas de los medios, la sensación de abandono, la ausencia de medicamentos y la tasa de infecciones entre el personal médico (Quijije, 2021). Además, se ha informado que el personal de salud tiene mayor ansiedad y síntomas depresivos que los demás profesionales (Ramírez et al., 2020). En todo el mundo, las condiciones desfavorables de trabajo, la sobrecarga laboral y el miedo son los que han motivado el deterioro de la salud mental (Dimitriu et al., 2020; Silva & Silva, 2021).

A pesar de lo anterior, a pesar de que se han realizado estudios en Centros de Salud sobre el efecto de la pandemia en la Salud Mental de los trabajadores sanitarios, en el sector las Acacias no se han presentado investigaciones similares por lo cual la población de interés se encuentra en riesgo. En consecuencia, el presente trabajo de titulación es de importancia dado que traerá beneficios directos a la institución privada y al personal de salud, quienes, según su diagnóstico podrían continuar con un tratamiento que mejore su situación. Además, el proyecto es viable porque se cuenta con facilidades para realizar la recolección de datos a través de encuestas virtuales y se poseen los recursos disponibles para su ejecución. Con los hallazgos de esta investigación, se podrá atender a los profesionales de salud del establecimiento y se obtendrá un beneficio para la población en general dado que los servicios sanitarios serán mejorados a raíz del bienestar de los trabajadores.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1. COVID 19

El síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es un agente zoonótico emergente que apareció en diciembre de 2019 y causa la enfermedad denominada COVID-19 (Rodríguez et al., 2020). A continuación, se presentan las características de la pandemia y sus consecuencias a nivel mundial, nacional y local en la población general y en el personal sanitario.

1.1.1. *Reseña histórica de la pandemia*

La pandemia de COVID-19 empezó en China durante los últimos meses de 2019 en la provincia de Hubei cuando se reportaron 27 casos de neumonía desconocida entre los cuales siete pacientes se encontraban graves (Maguiña et al., 2020). Aunque los primeros casos se reportaron en diciembre, se estima que las infecciones iniciales ocurrieron en noviembre (Zhang et al., 2021).

A finales de enero de 2020 se denominó al brote de coronavirus SARS-CoV-2 como una emergencia de salud con relevancia internacional y el 11 de febrero del mismo año se definió que esta enfermedad sería conocida como COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2021). A pesar de aquel riesgo de propagación debido a la alta tasa de contagios, en Ecuador se notaba una fuerte convicción de incertidumbre; la mayoría de la población asumía que aquella enfermedad permanecería lejos del continente americano por lo que los habitantes estarían a salvo.

Debido a las rápidas investigaciones sobre el agente causal de la enfermedad, se determinó que la COVID-19 es provocada por un virus. El SARS-CoV-2 “es un virus de ARN de cadena sencilla; de la familia Coronaviridae, nombre que proviene de su imagen al microscopio electrónico, por estar cubiertos de una envuelta lipídica a modo de corona” (Ortega, 2020).

El virus SARS-CoV-2 se encuentra asociado con síntomas como la tos, la fiebre, la disnea y efectos gastrointestinales (Abuabara et al., 2020). La sintomatología respiratoria grave durante la infección está caracterizada por la presencia de neumonía, insuficiencia respiratoria hipóxica y síndrome de dificultad respiratoria aguda. Además, la enfermedad también está relacionada con síntomas asociados al sistema digestivo, como la diarrea, los vómitos, las náuseas y el dolor abdominal, en subconjuntos de pacientes (Zhang et al., 2021). Con el paso del tiempo y el aumento de los estudios, los científicos incrementaron el conocimiento sobre la enfermedad, la sintomatología y los posibles tratamientos; además de que se avanzó con el desarrollo de las vacunas en diversos centros de investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas que están contagiadas con COVID-19 pueden presentar síntomas o signos de infección entre los primeros 5 a 6 días de exposición al virus. Esta institución también enfatiza que el periodo de incubación puede oscilar de 1 a 14 días (Abuabara et al., 2020). Se estima que alrededor del 15% del total de los pacientes diagnosticados de COVID-19 desarrollarán graves complicaciones de salud, y alrededor del 5% al 10% requerirán cuidados intensivos debido a la gravedad de los síntomas y al alto riesgo de mortalidad que oscila entre el 3% y 5% de los contagiados (Alharbi et al., 2020).

Se espera que los porcentajes de afectación y complicaciones de salud sean disminuidos a través de la vacunación masiva de la población en general, sin embargo, aquellos planes no se han podido completar de manera óptima en todos los países (Mora-Alvarado, 2022). En algunas regiones se ha generado una situación en la cual no todos los ciudadanos han podido acceder a esta necesidad básica (Gaus, 2021).

Hasta el 20 de abril de 2021, la pandemia del coronavirus ha llegado hasta 141 millones de casos confirmados y 3,01 millones de muertes (Morshed & Sarkar, 2021). Además, de acuerdo a estudios a mayor detalle, se ha determinado que las condiciones de salud subyacentes, es decir, la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardíacas, pueden crear complicaciones graves y muertes por COVID-19, por lo cual existen grupos de riesgo

que son más susceptibles (Morshed & Sarkar, 2021). En apoyo con estos autores, la existencia de subpoblaciones con mayor afectación permitió identificar aquellas que requerían atención médica y vacunas de manera prioritaria. En la mayoría de los países se consideró a los pacientes inmunodeprimidos, a los adultos mayores y al personal médico cuyo bienestar fue prioritario para que la atención privada y pública fuera ofrecida de manera óptima y continuamente.

A lo largo de la pandemia de COVID-19, varias modificaciones genéticas del SARS-CoV-2 surgieron y circularon en todo el mundo después de la primera ola de COVID-19. Estas nuevas cepas están vinculadas a cambios en su transmisión, evasión inmunológica y síntomas por lo que cada una de estas fue estudiada y vigilada a nivel internacional. Entre estas, algunas han sido catalogadas como variantes de preocupación debido a su alto nivel de transmisibilidad (Li et al., 2022).

Una variante de preocupación de gran relevancia fue denominada 'Omicrón' (Sun et al., 2022). Aquella variante se detectó en Botsuana el 11 de noviembre de 2021 y posee 50 mutaciones de las cuales 32 son en la proteína espiga (Musa et al., 2022). La evidencia científica indica que se encuentra en 57 países y genera síntomas leves, aunque existe un mayor riesgo de contagio.

Según el reporte de Ritchie et al. (2021) a través del sistema interactivo para monitorear las infecciones de COVID-19, en el mundo se presentaron hasta 279 millones de casos positivos y 5,39 millones de muertes hasta el 25 de diciembre de 2021. Además, particularmente durante el 24 de diciembre de 2021 se tuvieron al menos 748 mil casos positivos y 6.126 muertes, teniendo como principales países afectados a Estados Unidos, India, China y Reino Unido (Dong et al., 2020).

Es importante notar que aquellos países con mayores contagios en diciembre de 2021 se caracterizan por su alta explosión demográfica y, aunque se han generado planes de vacunación masivos, no toda la población ha accedido a estos voluntariamente, lo cual puede

afectar la inmunidad de rebaño y el bienestar de aquellos que aún no pueden vacunarse como son niños o bebés.

1.1.2. Consecuencias de la COVID 19

La pandemia ha significado una preocupación a nivel mundial y ha demandado extensos monitoreos por parte de los gobiernos y los sistemas de salud; no obstante, esto ha reflejado las respuestas a nivel político y la capacidad del sector sanitario para contrarrestar la enfermedad (Macias, 2020).

A nivel internacional, hasta el 31 de diciembre de 2020, se han cuantificado 82 millones de infecciones positivas contra COVID-19 mediante el mapeo desarrollado por Dong et al. (2020), y se ha determinado que los países con el mayor incremento de contagiados son Estados Unidos, India, Brasil y Reino Unido. En consecuencia, la COVID-19 ha representado una amenaza significativa para la salud mental, las familias y el bienestar social de las personas ya que se relaciona con estrés y discordia en el hogar (Lee et al., 2021). El estudio de Lee et al. (2021) evidenció que las poblaciones más desatendidas fueron aquellas con mayor riesgo de enfermedades crónicas por lo cual surge la necesidad de que las comunidades y autoridades gubernamentales fortalezcan la estructura social y aseguren la salud de toda la población, principalmente los trabajadores de salud de los cuales depende el sistema sanitario.

Como principales impactos económicos, se observó una disminución en la actividad comercial de los países ya que redujeron el número de importaciones y exportaciones. Además, hubo una caída en los precios de los productos primarios los cuales son los principales contribuyentes a los ingresos de los países latinoamericanos; existió una menor demanda de servicios turísticos y se interrumpieron las cadenas de suministro a nivel mundial por lo que se observó un empeoramiento de las condiciones financieras a nivel internacional (CEPAL, 2020). Según Jumbo et al. (2020), los sistemas económicos son dinámicos y en ellos se han provocado limitaciones referente al comercio exterior por las altas tensiones

sociales. Dado lo anterior, existen fuertes afectaciones en la globalización y las finanzas a nivel internacional.

Respecto a las consecuencias laborales, la pandemia de COVID-19 ha transformado drásticamente la industria, la atención médica, la movilidad y la educación porque muchos empleados han tenido que laborar de manera remota y adoptar nuevos comportamientos para cumplir con las actividades referentes a su ocupación (Barbour et al., 2021). Para los diferentes miembros de la sociedad ha sido un proceso diferente debido a que existen cuestiones sociodemográficas que afectan aún más la situación del trabajo remoto como lo son el género, la edad, los ingresos, la presencia de hijos en el hogar, la zona de residencia, entre otros (Barbour et al., 2021). Adicionalmente, en estos trabajadores ha afectado la desinformación y la incertidumbre a través de las redes sociales que aumentaron la ansiedad y fatiga en general (Khan, 2021). Es importante resaltar que algunos trabajadores de salud privados optaron por realizar atención de telemedicina desde sus hogares, sin embargo, aquellos trabajadores en establecimientos de salud públicos tuvieron que priorizar la atención presencial y estar expuestos a contagios y a consecuencias emocionales debido al estrés que causa la pandemia.

Respecto a la cuestión psicológica, según Sadovyy et al. (2021), las estrategias de salud pública como el aislamiento obligatorio a través de un proceso de cuarentena, el distanciamiento social y el encierro pudieron aumentar la probabilidad de sufrir implicaciones mentales como el aburrimiento, la incertidumbre y la soledad. Además, un fenómeno de estrés tan extenuante como la COVID-19 puede conducir a un trastorno de estrés posttraumático (TEPT), incluyendo efectos secundarios de salud mental y física de amplio alcance (Sadovyy et al., 2021). Es así que, el impacto psicosocial es capaz de exceder la capacidad para manejar y tratar a la población afectada. Ribot et al. (2020) prevén un aumento en los diagnósticos y la incidencia de afecciones mentales y emocionales debido a las consecuencias de la pandemia y la posible vulnerabilidad de la población en general.

1.1.3. COVID-19 en Ecuador

El Sistema Nacional de Salud de Ecuador se ha visto gravemente abrumado por la pandemia de COVID-19, a pesar de los esfuerzos de salud pública, principalmente por las limitadas respuestas de planificación de emergencias sanitarias. Las principales localidades afectadas fueron Quito, Guayaquil y ciudades pertenecientes a las provincias de Azuay, Manabí, El Oro y Tungurahua, presentando miles de casos positivos a inicios de junio de 2020 con un aproximado de 40.000 casos confirmados (Dong et al., 2020).

De acuerdo con Jumbo et al. (2020), la república ecuatoriana tuvo una reducción drástica de exportaciones en los primeros cuatro meses del 2020; esto tuvo consecuencias negativas en la economía del país. Asimismo, Álava y Guevara (2021) señalan que hubo una capacidad operativa y un plan estratégico poco eficientes ante el aumento de casos positivos y pacientes en los servicios de salud públicos dados los limitados recursos humanos y materiales.

Al inicio de la pandemia, “el primer boletín de mayo reporta 61.262 casos, de los cuales 20.937 están confirmados, 17.535 son sospechosos y 22.790 fueron descartados” (Aparicio, 2020). Lo anterior dio como resultado que Ecuador se encuentre entre los países más afectados por la pandemia estimando hasta octubre de 2021 aproximadamente 36.922 muertes y teniendo el cuarto puesto en fallecidos a escala continental (Cevallos et al., 2021). Además, en Ecuador la crisis sanitaria se agravó considerablemente debido a los desacuerdos internos entre los gobiernos y municipios referente al manejo y estrategias a tomar durante la pandemia; varios ministros de salud renunciaron y esto evidenció la situación inmanejable del sector sanitario en el país por lo que la población entró en estado de incertidumbre (Molina et al., 2020).

Dados los avances internacionales en la producción y distribución de vacunas, hasta diciembre de 2021 se ha alcanzado un alto número de habitantes vacunados debido a la gestión gubernamental en Ecuador. Hasta el 31 de diciembre de 2021, se estima que

aproximadamente más del 79,95% de la población ecuatoriana ha recibido al menos una dosis de vacuna según el software de monitoreo desarrollado por Mathieu y colaboradores (2021). Dado lo anterior, existe un menor riesgo de contagio, aunque persisten las medidas de bioseguridad para asegurar el bienestar de la población (Kamberi et al., 2021). Hasta diciembre de 2021, en algunos países se ha aprobado la tercera dosis contra COVID-19 y esto ha representado una gran preocupación debido a la cantidad de recursos financieros y humanos que se requieren para vacunar a la población frecuentemente (Staneloni & Barcán, 2021). Además, la posibilidad de que nuevas cepas aparezcan también ha demandado continuas investigaciones y mejoras en este método de inmunidad (Organización Mundial de la Salud, 2021).

1.1.4. COVID-19 en el personal sanitario y sus repercusiones

A través del contacto con pacientes contagiados con coronavirus 2019 (COVID-19), los trabajadores sanitarios tienen un mayor riesgo de infectarse con el SARS-CoV-2, lo que aumenta aún más la propagación de la enfermedad (Moretti et al., 2021). Como era de esperar, las personas que experimentaron un mayor contacto con los pacientes con COVID-19 mientras trabajaban en las unidades de aislamiento, mostraron mayores niveles de angustia (Juan et al., 2020).

Los profesionales de la salud sienten una obligación laboral durante una crisis como una pandemia dado que la renuncia implica incertidumbre financiera y las dificultades diarias representan malestar emocional. Es por ello que, la organización institucional donde laboran debe garantizar la salud mental y la resiliencia de los profesionales sanitarios de primera línea que trabajan en la unidad de cuidados intensivos y en las otras áreas atendiendo a pacientes con COVID-19 (Mortensen et al., 2022).

Desde pandemias anteriores, los profesionales de salud han informado de un sentido de obligación profesional a pesar del alto riesgo de infectarse mientras atienden a los pacientes y el riesgo de transmitir la infección a sus parientes cercanos. Se especula que la

infección de los trabajadores sanitarios podría contribuir a exacerbar la cadena de transmisión en los hospitales y fuera de las instalaciones de salud como en los medios de transporte que utilizan. Por lo tanto, Gholami et al. (2021) señalan que se debe priorizar la protección adecuada de los trabajadores sanitarios contra la COVID-19 mediante protocolos de bioseguridad obligatorios.

Los trabajadores de la salud fueron considerados como uno de los grupos con mayor riesgo de exposición a la infección por COVID-19 dado que poseían un conocimiento limitado sobre el SARS-CoV-2 y se encuentran en primera línea contra la enfermedad (Gholami et al., 2021). Una revisión anterior realizada por Pappa et al. (2020), informó que el 23% del personal sanitario que trabajó durante la epidemia se vio afectado por la ansiedad; además, uno de cada cinco profesionales tuvo síntomas de depresión o ansiedad y cuatro de cada diez experimentaron dificultades para dormir a nivel mundial.

Se encontró que los síntomas predominantes en los trabajadores sanitarios con COVID-19 incluían fiebre, seguida de cerca por tos y fatiga; además, se ha demostrado que los pacientes con comorbilidades tienen un mayor riesgo de infección sintomática por COVID-19 (Sanyaolu et al., 2020). Adicionalmente, existe evidencia sobre el impacto emocional que es provocado en las enfermeras que presencian el sufrimiento prolongado de los pacientes en entornos como las unidades de cuidados intensivos y de emergencia continuamente (Alharbi et al., 2019).

Específicamente, las unidades de cuidados intensivos en hospitales de todo el mundo están tratando a personas que experimentan síntomas de COVID-19 potencialmente mortales. En algunos de estos entornos, la presión sobre el personal se ve agravada por la falta de equipo de protección personal adecuado y la escasez de trabajadores, así como la deficiencia de camas y ventiladores mecánicos que son necesarios para el tratamiento de síntomas graves por COVID-19 (Alharbi et al., 2020).

1.2. Afectaciones a la Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud, el bienestar de los individuos y su salud mental es provocado en gran medida por la percepción que tienen las personas sobre sus capacidades, habilidades y tensiones al momento de ejercer sus labores de manera productiva y contribuir a la comunidad a través de sus actividades diarias (Andersen et al., 2021). A continuación, se presenta la conceptualización de afecciones a la salud mental que han sido provocadas por la COVID-19 y que han llegado a afectar al profesional de salud.

1.2.1. Salud Mental

La promoción de la salud mental es fundamental porque se ocupa de fortalecer los factores protectores para la salud mental positiva, incluyendo el bienestar subjetivo y el equilibrio afectivo, y el desarrollo de habilidades para manejar la vida, maximizar el potencial de quienes conforman la sociedad para que participen y contribuyan a esta (Andersen et al., 2021).

A nivel conceptual, Castellanos (2008) indica que la salud mental es considerada una condición sometida a cambios por factores biológicos y sociales que pueden verse llevados por instintos o conflictos que permiten mantener relaciones armónicas con terceros y con el entorno social y físico.

Al relacionar la salud mental con la pandemia de COVID-19, es necesario acotar que esta afecta negativamente a los países a nivel micro, meso y macro. A nivel micro, varía desde la amenaza de que las personas se infecten y se enfermen gravemente o incluso mueran. La pérdida de seres queridos, el desempleo y el aislamiento social pueden causar estragos en el bienestar mental (Guardado et al., 2020). Incluso, las reglas de distanciamiento social y la reducción de atención médica a las personas que no poseen COVID-19 puede afectar el tratamiento de otros pacientes que no pueden acceder al servicio de salud pública (Antonio-Arques et al., 2021, p.). A nivel meso y macro, la pandemia por COVID-19 ha conducido a la escasez de personal y la reducción de los ingresos de las empresas, al

aumento de los déficits gubernamentales, al incremento de la inseguridad económica, a la variación de los patrones de demanda de los consumidores y al colapso de los niveles de crecimiento de la economía mundial (Ferreira & Santa, 2020; Miller, 2020).

Durante la pandemia de la COVID-19 existe gran preocupación por la salud mental dado que toda la población estuvo en aislamiento social y con movilidad restringida por lo que su contacto social fue minimizado y aumentó la vulnerabilidad a sufrir complicaciones psiquiátricas según Ramírez et al. (2020). De acuerdo con el estudio de Chen et al. (2021a), existe una tendencia creciente de publicaciones realizadas referente a salud mental durante la pandemia de COVID-19 principalmente en grupos vulnerables. Además, autores como Ramírez (2020) indican que “la incidencia acumulada en los sobrevivientes fue de 58,9% de los cuales 44% sufrió trastornos depresivos, 47,8% tuvo trastorno por estrés postraumático, 1,1% fobia social y 13,3% trastorno de pánico”.

Dado lo anterior, existe una necesidad urgente y creciente por investigar y abordar de qué modo es posible mitigar o reducir las consecuencias de salud mental para los grupos más afectados en condiciones de pandemia. Además, Holmes et al. (2020) señalan la importancia de analizar el impacto del consumo continuo de medios de comunicación y mensajes de salud en torno al COVID-19. Principalmente las redes sociales se ven colapsados de información que provoca el pánico en la población y específicamente en ciudadanos con educación secundaria o menor.

Ansiedad

Una de las principales afectaciones a la salud debido a la pandemia fue la ansiedad. Pashazadeh et al. (2021) indican que la ansiedad es “un sentimiento de preocupación que suele aparecer como una reacción emocional exagerada a situaciones que solo se reconocen intuitivamente como amenazantes” (p. 392). Al analizar la ansiedad, muchas personas informan que ésta ocurre en respuesta a amenazas, y en niveles altos, dicha ansiedad puede resultar en resultados adversos de salud mental y respuestas conductuales desadaptativas que tienen consecuencias para la salud de las comunidades en general (Ojalehto et al., 2021,

p. 1). Aproximadamente el “30% de la población general ha informado síntomas de ansiedad significativos desde el brote de COVID-19 a principios de 2020” (Salari et al., 2020).

Las causas de la ansiedad pueden ser alteraciones fisiológicas o el miedo ante la amenaza o el peligro; además, es posible que algunas sustancias como el alcohol, los opiáceos, la cafeína o los antidepresivos provoquen esta afección (O. Fernández et al., 2012).

Algunos de los síntomas de la ansiedad son la sensación de pánico, nerviosismo, el aumento de la frecuencia cardíaca, la hiperventilación, la sudoración intensa, los espasmos musculares, el letargo, el insomnio, los problemas gastrointestinales, la dificultad de concentración, la obsesión a ciertas ideas y el recuerdo constante de eventos que desencadenan estos síntomas (ANMM, 2013).

Depresión

Por otra parte, de acuerdo con Botto et al. (2014), la depresión es “un trastorno afectivo que se manifiesta clínicamente por un descenso del estado de ánimo, anhedonia, baja autoestima y un aumento de la autocrítica y los niveles de perfeccionismo”. Se considera que esta afección tiene origen en las características individuales, los factores biológicos, los de desarrollo y contexto (Berenzon et al., 2013). Antes de la pandemia, la depresión fue considerada como “una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3,3 y 21,4%” (Kessler et al., 2007).

Las causas de la depresión podrían estar relacionadas a la ansiedad prenatal, al escaso apoyo social, a los eventos causantes de estrés, a los sucesos traumáticos, la autoestima limitada, los problemas sociales, el nivel socioeconómico, antecedentes familiares, entre otros (Berenzon et al., 2013). Es decir, la etiología puede tener un origen genético, hormonal o fisiológico (Pérez-Padilla et al., 2017).

Algunos de los síntomas de la depresión son problemas para concentrarse, dificultades al momento de tomar decisiones, fatiga, sentimientos de culpa, sentimientos de

insuficiencia, pesimismo, insomnio, pérdida de interés en pasatiempos, pérdida de apetito o consumo excesivo de alimentos, acné, dolor de cabeza, problemas digestivos, sentimientos de vacío o pensamientos suicidas (Pérez-Padilla et al., 2017).

Estrés

El estrés es considerado como “el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo” (Trucco, 2002). Además, el estrés implica que el individuo asocie y perciba las situaciones como amenazas o peligros que pueden afectar su integridad biológica y psicológica (Trucco, 2002).

Según Ávila (2014), el estrés es “un estado en el que la persona sufre distintos desórdenes, muchas veces producidos por mala adaptación al entorno social, que pueden agravarse con los estados de tensión continuos”. Además, Taylor (1986) indica que una de las principales características que diferencia esta afección de la ansiedad es que el estrés alude a una situación mientras que la ansiedad es una reacción ante sucesos estresantes por lo que un buen diagnóstico debe considerar ambas aristas.

Las causas del estrés son cualquier evento que un individuo considere amenazante o demandante; existen causas de estrés externas como las responsabilidades, la familia o el trabajo y también se presentan causas internas de acuerdo a su propia personalidad y manera de enfrentar los problemas (Naranjo, 2009).

De acuerdo a Ávila (2014), algunos síntomas emocionales del estrés son la frustración, el mal humor, el sentimiento de inconformidad, la baja autoestima, la reducción de socialización, la sensación de constante preocupación, la pérdida de memoria, la desorganización y las dificultades para relajarse. Asimismo, algunos efectos físicos del estrés son los dolores de cabeza, los problemas gastrointestinales, el acné, el insomnio, la pérdida del deseo sexual, el nerviosismo y el dolor en el pecho. Por último, entre los efectos a largo

plazo del estrés se encuentran los problemas mentales, las enfermedades cardiovasculares, los desórdenes alimenticios, entre otros.

Síndrome de Burnout

De acuerdo con Cedeño y Rojas (2021), el síndrome de desgaste profesional o burnout es “uno de los resultados del estrés laboral crónico en el que se manifiestan emociones y actitudes negativas en el entorno de trabajo, y con el propio rol profesional, hasta llegar a un estado de agotamiento”. Por otra parte, Alharbi et al. (2020) señalan que el burnout no es solo un término para referirse al exceso de trabajo; más bien, es una condición mensurable que tiene un alto costo personal en los proveedores de atención médica, pues conduce a una atención de menor calidad y aumenta los errores en este trabajo de gran relevancia para mantener la salud en la población.

Se considera que el síndrome del burnout es un proceso con múltiples causas en las cuales se relaciona el cansancio, la carrera profesional, las condiciones económicas limitadas, la sobrecarga laboral y el aislamiento que son considerados como factores de riesgo (Saborío & Hidalgo, 2015). Además, Bianchini (1997) indica que el burnout también se encuentra asociado a la sensación de agotamiento laboral; principalmente ocurre en el personal de salud porque a pesar de la entrega diaria existen pacientes que no ven mejora en su tratamiento e incluso existen preocupaciones por posibles demandas legales.

Entre las consecuencias del burnout figuran aquellas relacionadas con el individuo y su ambiente laboral porque existe una disminución del bienestar psicológico, biológico y social por lo que se presentan efectos como el absentismo, el presentismo, la insatisfacción laboral y la jubilación precoz por lo que la salud de los pacientes se ve fuertemente afectada (Vidotti et al., 2019).

El componente central del síndrome de burnout es el agotamiento emocional; este se caracteriza porque es un estado de fatiga generalizada que puede expresarse a través de síntomas emocionales, físicos y de bajo rendimiento. Por otra parte, el componente de la

despersonalización es el desarrollo de una actitud indiferente hacia el trabajo y la atención al paciente. Finalmente, la arista de la realización personal reducida puede revelarse cuando las enfermeras evalúan repetidamente negativamente su trabajo y tienen una autoestima profesional baja en general (Dimitriu et al., 2020).

De acuerdo a Saborío e Hidalgo (2015), el burnout se caracteriza por la siguiente presentación clínica. El burnout envuelve la sensación de cansancio y agotamiento, las alteraciones del sueño y cambios en el apetito. Asimismo, los síntomas emocionales son el sentimiento de fracaso, la frustración y la despersonalización. Por último, a nivel conductual, las personas con burnout desvalorizan su trabajo y abandonan la realización personal.

Alteraciones del sueño

Entre los trastornos primarios que afectan el sueño se encuentran las denominadas disomnias entre las que se encuentra el insomnio, la hipersomnia y la somnolencia diurna; también se presentan las parasomnias relacionadas con pesadillas, terror nocturno y sonambulismo; y los trastornos relacionados con afecciones mentales, y otras afecciones que no han sido catalogadas (Soto & Raúl, 2009). La prevalencia global de trastornos del sueño y síntomas de ansiedad en la población general fue del 50,8% y el 15,3% respectivamente, según una encuesta realizada en Beijing debido a la pandemia de COVID-19 (Liu et al., 2022).

Entre las alteraciones del sueño, se encuentran los problemas para conciliar el sueño denominados insomnio. Es posible que estas afecciones sean provocadas por episodios de estrés, depresión, ansiedad, ruidos, inconformidad con la temperatura del cuarto, incomodidad de las camas, problemas de adicciones o descompensación horaria. Algunos de los síntomas son dificultades para dormir, constantes interrupciones del sueño, cansancio incluso después de conciliar el sueño, irritabilidad y dificultad de concentración. Además, el insomnio puede durar por un periodo menor a tres meses o convertirse en un insomnio crónico o prolongado (Krupa et al., 2021).

Además, también se encuentran las afecciones relacionadas con el cansancio excesivo durante el día y por ello existen dificultades para mantenerse despierto. Las posibles causas de estas alteraciones son enfermedades como la fibromialgia o problemas hormonales relacionados a la tiroides, obesidad o narcolepsia. Además, existen otros factores como lo son los parámetros ambientales, los estados emocionales, las condiciones médicas, entre otros. Estas afecciones poseen síntomas como el cansancio continuo, la necesidad de siestas durante el día, la dificultad para tomar decisiones, la apatía y la pérdida de concentración (Gorgoni et al., 2021).

Adicionalmente, existen problemas de salud relacionados con el mantenimiento de un horario regular de sueño y de vigilia. Estas enfermedades provocan síntomas como la fatiga, la dificultad de concentración, la disminución del estado de alerta, los problemas en la piel, la falta de memoria o los problemas relacionados al corazón (Soto & Raúl, 2009).

Por último, existen conductas que interrumpen el sueño como lo son los terrores nocturnos y el sonambulismo. Algunas causas de estas afecciones son la fiebre, la falta de sueño o los periodos de estrés y la tensión emocional. Aquellos son síntomas que pueden afectar la calidad de vida de los trabajadores del sector de salud y aquellos otros ciudadanos que habitan en el mismo hogar que ellos (Soto & Raúl, 2009).

Las personas que poseen alteraciones de sueño generalmente presentan síntomas como la fatiga, la inestabilidad emocional, la irritabilidad, la falta de concentración, problemas de memoria, entre otros (Soto & Raúl, 2009). Adicionalmente, Duong (2021) indica que las alteraciones del sueño se vuelven síntomas comunes y crónicos entre los jóvenes y se correlacionan con el aumento de los riesgos de problemas psicológicos, somáticos y depresivos

1.2.2. Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Respecto al bienestar del personal sanitario, la evidencia de la investigación muestra que los profesionales de la salud pueden experimentar varios problemas psicológicos cuando

trabajan en escenarios de alta presión y alto riesgo, como en tiempos de desastre y pandemia (Alharbi et al., 2020). Además, “a consecuencia de la pandemia actual, el personal de salud puede padecer situaciones de miedo a la muerte, ansiedad; así como sentimientos de soledad, tristeza e inclusive irritabilidad, estrés y depresión” (Obando et al., 2020).

Entre los factores que suponen un riesgo para que el personal de salud desarrolle estas afecciones se encuentran los extensos horarios de trabajo arduo, el miedo al contagio, las limitaciones de recursos en el sector sanitario y el contacto con los pacientes críticos en situaciones en las cuales las emociones se ven acentuadas por la fatiga, la incertidumbre, la sobrecarga y el riesgo laboral (Obando et al., 2020). Es importante recalcar que “la presencia significativa de estrés, ansiedad y depresión en los enfermeros no solo afectan su salud y desempeño, sino que pueden indicar futura morbilidad psiquiátrica” (Obando et al., 2020).

Un estudio realizado en enfermeros de Paraguay registró que el 88% de encuestados tuvieron síntomas de ansiedad y el 73% de depresión (Samaniego et al., 2020). Además, también se determinó que las enfermeras presentaron mayor presencia de síntomas, lo cual posiblemente estuvo vinculado a su trabajo que involucra un contacto más cercano y constante con el paciente, además de un incremento en las horas de trabajo (Urzúa et al., 2020).

Una preocupación particularmente destacada informada por los trabajadores sanitarios, durante el pico inicial de la pandemia, fue el miedo a infectar a sus familias. Los informes indican que una proporción sustancial de empleados de la salud tuvieron que aislarse de sus familias para minimizar el riesgo de contagio. Este aislamiento voluntario, sumado a otras fuentes de aislamiento social que experimenta la población en general, como las medidas de encierro generalizadas, puede haber puesto a los trabajadores sanitarios en mayor riesgo de pérdida de apoyo social, un factor de protección clave para los problemas de salud mental con un papel fundamental durante los períodos complejos (Ortiz-Calvo et al., 2021).

Ansiedad

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud, la situación económica provocada por la pandemia ha generado un aumento en el riesgo de ansiedad en el personal de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022). En uno de los análisis preliminares se determinó que el 16,1% de los trabajadores sanitarios de Colombia según la OPS (2022) tuvieron malestar psicológico relacionado con problemas de ansiedad.

Adicionalmente, entre las consecuencias de la ansiedad en el personal médico se encuentra a nivel personal la presencia de ataques de pánico, la exposición a otras enfermedades y malestar al exponerse a noticias sobre el aumento de casos y al recibir pacientes contagiados en el área de trabajo. Además, a nivel laboral aumentaron los errores en el trabajo y se presenta el ausentismo laboral, por lo que el sistema de salud tendría menor personal y mayor riesgo de colapso (García, 2021). A nivel familiar, la ansiedad y preocupación constante provocaron que el personal de salud mantuviera aislamiento incluso de su familia y llevara a cabo extenuantes protocolos de bioseguridad para evitar el contagio de sus seres queridos.

Depresión

Como consecuencias, varios de los trabajadores del personal sanitario de primera línea han adquirido depresión o ansiedad; en el caso de la República Popular China se evidenció un 50% del personal indicando niveles elevados de depresión y de igual manera el 47% de los trabajadores de Canadá señalaron la necesidad de apoyo psicológico por lo que la depresión representa un problema internacional para el personal médico (Naciones Unidas, 2020).

La depresión, asimismo, pudo provocar la desmotivación para ir a trabajar y por ende un aumento en el ausentismo laboral (Mosolova et al., 2021). A nivel psicológico, esta afección pudo aumentar los niveles de perfeccionismo y al mismo tiempo los trabajadores se vieron susceptibles a generar dudas acerca de su capacidad como profesionales de la salud. A nivel familiar y personal, la presencia de depresión en el personal de salud pudo provocar aislamiento, fatiga, sentimientos de culpa en caso de que un familiar se contagie, entre otros.

También se pudo generar el aislamiento y la pérdida de interés en las actividades que antes les llamaba la atención.

Síndrome de Burnout

Los primeros estudios de trabajadores sanitarios expuestos a pacientes con COVID-19 encontraron altas tasas de agotamiento autopercebido; un estudio de Japón informó tasas de agotamiento del 40% entre las enfermeras y más del 30% entre el personal técnico (Matsuo et al., 2020). Los sistemas y las organizaciones de atención médica deben brindar apoyo para evitar que su personal clínico se agote. Al brindar servicios de salud mental a los miembros del personal, el estigma puede ser un tema crítico que debe abordarse durante las sesiones, de modo que los proveedores de atención médica puedan tener la oportunidad de reflexionar sobre cómo su estigma de COVID-19 puede contribuir a su sensación de agotamiento (Shiu et al., 2021).

El síndrome de burnout trae como consecuencias personales el agotamiento físico y mental debido a los sentimientos de fracaso, la impotencia ante la pandemia y la tendencia a la despersonalización o depresión. El agotamiento entre los trabajadores de la salud, incluidos los médicos, ha alcanzado una proporción de crisis con más de 2 de cada 3 médicos en los Estados Unidos experimentando agotamiento a veces en su carrera (Gupta et al., 2021). Como efecto de lo anterior, el agotamiento puede obstaculizar sustancialmente el bienestar y la moral de los proveedores de atención médica, desafiando sus esfuerzos por contener la enfermedad.

A nivel laboral provocó un malestar respecto al puesto de trabajo y a la socialización con los compañeros de área además de que hubo una disminución en la productividad laboral y la concentración (Ilhan & Küpeli, 2022). De hecho, un creciente cuerpo de evidencia sugiere que el agotamiento entre las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos es la consecuencia directa de este entorno laboral exigente e inexorablemente de alto estrés (Fischer et al., 2020).

A nivel familiar esta afección genera problemas en el núcleo familiar y aislamiento en general. El estudio de Bruyneel et al. (2021) encontró una alta prevalencia de riesgo de agotamiento entre las enfermeras de la UCI (68%) durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en Bélgica. La dimensión del agotamiento más afectada negativamente fue el agotamiento emocional, seguido de la reducción de los logros personales y la despersonalización.

Estrés

El estrés incontrolado puede contribuir a problemas en la presión arterial, las enfermedades cardíacas, la obesidad y la diabetes (C. Fernández, 2018). Además, el estrés a nivel familiar puede generar irritabilidad y respuestas fisiológicas negativas al momento de recibir malas noticias o vivir situaciones de alta carga laboral y demanda emocional.

El aumento en el número de contagiados junto a los tratos cuestionables de sus superiores, además de problemas relacionados con la remuneración económica ejerce un estrés constante al personal de salud, el cual puede ver afectado su desempeño profesional. Además, velar por la salud de la población ha expuesto a estos empleados a factores estresantes y situaciones de conflicto para su salud mental (Naciones Unidas, 2020).

Generalmente el personal de salud no puede manifestar su descontento con las situaciones que se le presentan e incluso se resignan a solo aceptar lo que sucede a su alrededor, causando que dentro de si se vaya creando preocupaciones que afectan su salud mental. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2020), en el caso de los trabajadores sanitarios, estos pueden sentirse bajo presión y tener estrés por lo que se les sugiere aumentar sus pausas durante el trabajo, adoptar estrategias de respuesta y brindarse apoyo mutuamente.

Alteraciones del sueño

Los procesos psicofisiológicos relacionados con el sueño están estrictamente asociados a las modificaciones ambientales, los cambios sociales y la condición emocional.

Respecto al COVID-19, el miedo y la ansiedad de una posible infección, los cierres obligatorios y los procedimientos de cuarentena se han combinado para causar un grado de disfunción del sueño en la población general (Organización Mundial de la Salud, 2020), así como entre los trabajadores de la salud principalmente aquellos que deben realizar guardias o mantener horarios variables debido a la ausencia de personal.

De manera crucial, se ha observado que el estrés relacionado con eventos como la COVID-19 y los síntomas previos de depresión fueron los predictores más fuertes tanto de la calidad del sueño como de los componentes del despertar antes del sueño (Gorgoni et al., 2021). Si bien una gran parte de la población en todo el mundo ha experimentado alteraciones del sueño relacionadas con el sueño durante el encierro por lo que se consideraría a la pandemia como una causa.

Dado lo anterior, existe un claro riesgo de alteración de sueño en el personal sanitario que ha laborado en primera línea contra la COVID-19. El riesgo de infección de COVID-19 se asocia con muchas complicaciones, principalmente emocionales, entre los profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2020). En la misma situación, hay empleados sanitarios que temen que en el futuro puedan toparse con un paciente cuya prueba dé un resultado positivo ya que podrían contagiarse y a sus seres cercanos.

Es por ello que, los gerentes de las unidades de salud deben brindar atención médica y psicológica adecuada a los empleados que tienen contacto directo con pacientes positivos. Además, la gravedad del insomnio es un gran problema, y según Krupa et al. (2021), los trabajadores del área de salud no han sido capacitados para manejar crisis en los estudios médicos ni tampoco para manejar estas alteraciones del sueño.

Entre las consecuencias de los trastornos de sueño en el personal de salud, a nivel laboral causó complicaciones para que los trabajadores cumplan con sus obligaciones profesionales (Reyes et al., 2019). Además, a nivel personal generó un aumento del riesgo de padecer de otras enfermedades y ver afectado su ritmo circadiano (Mota & Moura, 2020). Lo mencionado anteriormente implica que el personal médico pudo disminuir la calidad y su

eficiencia durante el trabajo por lo que tanto los pacientes como la población en general también se ven afectados por aquellos trastornos de sueño (Medina-Ortiz et al., 2021).

Las alteraciones de sueño en los trabajadores de la salud provocaron un aumento en el riesgo de errores y la falta de concentración durante la ejecución de sus labores. Por último, a nivel social y familiar, la irritabilidad del personal de salud generó problemas de comunicación que trajeron consigo situaciones intrafamiliares difíciles que pudieron aumentar aún más el malestar generado por la pandemia de COVID-19.

1.3. Variables psicosociales relacionadas a la Salud Mental

Dados las repercusiones en la salud mental de los trabajadores del área de salud, surge la necesidad de evaluar las variables psicosociales relacionadas a la salud mental y las diferentes estrategias planteadas con sus respectivos desafíos y retos en el contexto ecuatoriano.

1.3.1. Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica es definida por Delgado et al. (2020) como “un patrón rígido de comportamiento en el que la persona orienta sus acciones sobre la base de las experiencias privadas momentáneas en lugar de los valores elegidos libremente” (p. 22).

Adicionalmente, la inflexibilidad psicológica se encuentra vinculada con el tratamiento de la ansiedad, depresión y el estrés en personas afectadas como lo son aquellas pertenecientes al sistema de salud de primera línea (Delgado et al., 2020). Científicos como Valente et al. (2020) recomiendan que las instituciones de salud deben promover y otorgar herramientas para que el personal sanitario participe en terapias o intervenciones que incrementen su flexibilidad psicológica ante el estrés y el cansancio emocional.

La inflexibilidad psicológica es un concepto clave en la terapia de aceptación que consiste en escapar de experiencias que se reconocen como aversivas. Además, esta implica intentos de evitar experimentar eventos internos no deseados, como pensamientos angustiantes, emociones y otras experiencias privadas (Hayes et al., 2009). En

consecuencia, Meyer et al. (2019) indican que la inflexibilidad psicológica influye en el personal de salud porque limita la recuperación del trauma, ya que puede evitar el procesamiento emocional y las nuevas oportunidades de aprendizaje que son críticas para que los afectados puedan volver a su vida cotidiana luego de un trauma.

En el estudio de Duarte y Pinto-Gouveia (2017), la inflexibilidad psicológica mediaba la reducción del agotamiento, la fatiga por compasión, la depresión y el estrés. Si bien tratar de controlarlos o evitarlos puede proporcionar cierto alivio a la incomodidad a corto plazo, en última instancia, la inflexibilidad psicológica se convierte en una mala adaptación para el personal sanitario, lo que aumenta la angustia y se interpone en el camino de otros aspectos importantes y valiosos de la vida.

1.3.2. Soledad y Apoyo Social

Debido al estado de confinamiento, varias personas experimentaron la soledad. El concepto de soledad se refiere a una experiencia subjetivamente desagradable que resulta de una deficiencia percibida en las relaciones sociales según Latikka et al. (2022). En varios estudios se ha demostrado el aumento de la soledad debido a la pandemia de COVID-19; por ejemplo en el caso de un estudio en Reino Unido con 27% (Groarke et al., 2020) y otro en la población holandesa con 24,8% (Velden et al., 2021). Dado que las reglas de distanciamiento físico han provocado una disminución del contacto social de manera presencial, Holmes et al. (2020) sugieren que las tasas de soledad aumentarán, lo que puede incrementar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, autolesiones y suicidio, y exacerbar condiciones de salud mental preexistentes

Si bien la soledad situacional está asociada con el riesgo de mortalidad, es más pronunciada en las personas que experimentan una soledad crónica (Shiovitz & Ayalon, 2010). Esto sugiere que, sin intervención, la soledad prolongada puede tener un profundo impacto negativo en la salud y el bienestar. Los estudios de las personas durante las cuarentenas han permitido encontrar que los individuos luchan por adaptarse a una forma de vida incongruente con la naturaleza social de los humanos (Brooks et al., 2020). En el Reino

Unido, el 36% de los encuestados informó sentirse a veces o con frecuencia solo durante la pandemia de COVID-19 (Li & Wang, 2020). Las preocupaciones financieras y las incertidumbres sobre el impacto prolongado de la cuarentena están asociadas con la soledad; al igual que los sentimientos de miedo y aburrimiento (Okruszek et al., 2020).

Es importante resaltar que, según el estudio de Mayerl et al. (2021), los niveles más altos de restricciones sociales percibidas relacionadas con COVID-19 predijeron más sentimientos de soledad, que a su vez fueron predictivos de más síntomas depresivos y de ansiedad unos 10 meses después. Numerosos factores estresantes relacionados con COVID-19, incluido el riesgo de exposición al virus, la falta de atención médica, pérdidas económicas, suministros básicos inadecuados, discriminación percibida y exposición excesiva a información relacionada con COVID-19, se asociaron con angustia psicológica (Chen et al., 2021b).

En la misma línea, otra de las variables psicosociales asociadas a la salud mental es el apoyo social. El apoyo social es la percepción o experiencia de los individuos en términos de estar involucrados en un grupo social donde las personas se apoyan mutuamente (Hajli et al., 2015). Adicionalmente, el apoyo social también se define como una “red social estable, sensible, activa y confiable que protege a las personas de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia” según Rodríguez (2021). Además, el apoyo social también es conocido como aquellos recursos sociales accesibles o disponibles a una persona en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales (Hajli et al., 2015).

Durante la pandemia de COVID-19, el apoyo social al personal médico se debe desarrollar en torno al apoyo emocional, material e informacional respetando el aislamiento social (Fiallo et al., 2020). Esto se recomienda para que los profesionales tengan el respectivo acompañamiento durante esta época de crisis y puedan ver su salud mental menos afectada por esta pandemia y sus consecuencias (Cantor-Cruz et al., 2021).

El programa de promoción de la salud mental centrado en la resiliencia generalmente contiene habilidades de afrontamiento, manejo del estrés, actitud positiva, etc.

Adicionalmente, el vínculo indirecto entre el apoyo social y la salud mental a través de la resiliencia es más fuerte en los adultos más jóvenes, lo que implica que se debería ofrecer prioridad a los trabajadores de la salud más jóvenes con respecto a la intervención de refuerzo de la resiliencia (Hajli et al., 2015).

El papel protector del apoyo social en la reducción de la ansiedad, la depresión y la angustia mental inducidas por COVID-19 se ha encontrado entre la población china en general y los trabajadores de salud (Hou et al., 2020; Yu et al., 2020). Esto indica que el apoyo social está relacionado positivamente con la salud mental de las personas dado que los síntomas de depresión son más bajos en las personas que informan un mayor apoyo social que en aquellos con menor apoyo social (Grey et al., 2020).

El apoyo social del vecindario puede reducir la angustia psicológica y amortiguar el efecto de los factores estresantes relacionados con COVID-19 y sus consecuencias, mientras que el apoyo de amigos y familiares afectó el afrontamiento del estrés de forma limitada (Chen et al., 2021b). Las intervenciones para reducir los factores de estrés y promover el apoyo del vecindario son vitales para reducir la angustia psicológica durante los brotes de enfermedades infecciosas.

1.3.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son “patrones de comportamiento que reducen las amenazas a la integridad física y mental” de acuerdo con Dullius et al. (2021). Además, las estrategias de afrontamiento también se caracterizan como “los esfuerzos cognitivos y conductuales que se reflejan mediante conducta manifiesta o interna, en el control de demandas externas e internas” (Narváez et al., 2021). Aquellas estrategias surgen cuando ocurren situaciones o eventualidades que exceden los recursos o capacidades de la persona para adaptarse.

El afrontamiento se define ampliamente como los esfuerzos cognitivos y conductuales que los individuos emplean para manejar el estrés (Fluharty et al., 2021). Se han identificado

numerosos estilos de afrontamiento, que incluyen la auto distracción, el afrontamiento activo, la negación, el uso de sustancias, el uso de apoyo emocional, el uso de apoyo informativo y los cambios de comportamiento (Di-Colloredo et al., 2007). En la actualidad, existe un gran debate sobre si ciertas estrategias son más beneficiosas. Aquellas estrategias que implican abordar y resolver los factores estresantes pueden ser más efectivas que otras para amortiguar los efectos del estrés y apoyar la salud mental (Macías et al., 2013).

Las personas han determinado dos estrategias generales de afrontamiento. El primero es el afrontamiento orientado a problemas, y el objetivo aquí es actuar para resolver un problema o cambiar el statu quo. El segundo es el afrontamiento orientado a las emociones, que tiene como objetivo reducir la angustia emocional asociada con situaciones estresantes (Sümen & Adıbelli, 2021).

Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse según sus características. Las estrategias adaptativas se basan en buscar apoyo social mientras que las desadaptativas se relacionan con el consumo excesivo de alcohol, medicamentos o la repetición de comportamientos destructivos. Esto da como resultado que los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas son un modificador importante de los resultados de salud mental en los trabajadores sanitarios (Smallwood et al., 2021).

Las estrategias de evitación o desadaptativas pueden ayudar a reducir el estrés a corto plazo, pero generalmente se consideran perjudiciales a largo plazo, ya que no se toman acciones directas para reducir las exposiciones prolongadas sino que se dan acciones a corto plazo (Fluharty et al., 2021).

Entre los principales mecanismos de estrategias de afrontamiento adoptadas por los profesionales del área de salud se encontraron: el soporte psicológico proveniente de los familiares, compañeros de trabajo; disponibilidad de Equipo de Protección Personal; apoyo espiritual; tiempo para hobbies (Dullius et al., 2021). Otras estrategias que han sido empleadas con éxito han sido el apoyo emocional y el desahogo (Mella et al., 2020).

Dado el contexto de la pandemia, existe una necesidad inmediata de un mejor acceso a los servicios de apoyo psicológico que son necesarios para los trabajadores sanitarios tanto en el día a día, pero aún más durante los eventos de crisis. Se necesitan con urgencia servicios de extensión específicos que aborden las estrategias de afrontamiento desadaptativas y superen la resistencia o la incapacidad de acceder a los servicios de apoyo por parte de los grupos y ocupaciones en riesgo para proteger a la fuerza laboral de salud de primera línea (Vera-Ponce et al., 2020).

1.3.4. Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la Salud

Como se mencionó previamente, la pandemia originada por el brote de COVID-19 ha generado efectos económicos, sociales, políticos y ambientales a nivel internacional. Esto ha representado desafíos y ha originado retos que deben afrontarse para tener un beneficio en la población en general y en los profesionales de la salud.

Los empleados que laboran en establecimientos de salud se caracterizan por las arduas horas de trabajo y el extenso agotamiento debido al colapso del sistema de salud y la presencia de casos continuos que representan uno de los principales desafíos presentados por la pandemia (Abdo-Francis et al., 2020). Según Sömen & Adibelli (2021), las enfermeras son las principales trabajadoras afectadas porque laboran hasta quedar completamente exhaustas en las clínicas, servicios de emergencia y unidades de cuidados intensivos. Los momentos más difíciles fueron cuando ocurrieron las olas de contagios en los diferentes países dado que los servicios de salud colapsaron mientras aumentaba el número de fallecidos que debían ser reportados.

Además, otro desafío en el sector de salud es la ausencia de equipos y esto genera frustración dado que no todos los pacientes son atendidos de manera óptima. Además, esta deficiencia ha provocado que varios individuos no sean atendidos a tiempo y por ello sus síntomas han empeorado y posiblemente incluso han muerto en una lista de espera por un respirador (Culebras et al., 2020).

Otro de los desafíos presentados a nivel personal es el aislamiento que se le ha dado a los empleados médicos en sus barrios dado que debido a la situación, varios vecinos han demostrado inquietud y preocupación ante la presencia de estos profesionales y su actividad laboral (A. Cruz et al., 2021).

Para apoyar a las enfermeras que forman parte del personal de los centros de salud, Alharbi et al. (2020) indican que la respuesta debe incluir a múltiples partes interesadas, incluidos legisladores gubernamentales, diseñadores de tecnología, administraciones hospitalarias, así como miembros de la comunidad en general. A partir de ello surgen futuras soluciones y retos que deben ser afrontados para proteger y dar atención a la salud mental de los trabajadores de salud.

Una de las medidas planteadas por Ramírez et al. (2020) desde el área de la psicología es la terapia cognitivo-conductual. En consecuencia, se requiere de una mayor inversión en salud psicológica para el personal médico por lo que existiría abundante demanda. Este es uno de los principales retos necesarios para mejorar la situación de los trabajadores sanitarios mientras transcurre la pandemia.

Según los resultados del estudio de Kamberi et al. (2021), la prestación de servicios de salud mental en el lugar de trabajo para el personal sanitario con un enfoque de grupo de edad es una estrategia de afrontamiento esencial. Para los trabajadores sanitarios que trabajan con pacientes con COVID-19, el apoyo a la salud mental debe ser una prioridad del sistema gubernamental.

Continuando con el reto anterior, los esfuerzos de prevención de la salud mental para los trabajadores sanitarios deberían favorecer el mantenimiento del contacto con colegas y seres queridos y mejorar el acceso de los trabajadores sanitarios a otros factores que mejoran la resiliencia, como las breves intervenciones psicológicas (Ortiz-Calvo et al., 2021). Además, es un desafío latente que los empleados sean capacitados para manejar situaciones de crisis y reconocer cuáles estrategias les permiten sobrellevar estas situaciones de pánico y ansiedad.

Uno de los retos principales es trabajar con la población en general para evitar situaciones de rechazo del personal de salud en la calle, en transportes públicos y en supermercados porque se ha encontrado que estos eventos de rechazo potencian el malestar y estrés en los trabajadores médicos (Bedoya, 2020; Salgado-Guevara et al., 2020). Asimismo, para garantizar la salud mental y la resiliencia de estos empleados de primera línea en el futuro, se requieren investigaciones que se centren en cómo prepararse y trabajar durante una pandemia (Quijije, 2021).

Finalmente, han surgido otras estrategias y posibles retos para mitigar los impactos de COVID-19 en la salud mental protegiendo y promoviendo el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud durante y después del brote como lo son las listadas a continuación. En el caso de Blake et al. (2020), estos desarrollaron una aplicación electrónica para dar orientación y apoyo relacionados con el bienestar psicológico para los empleados sanitarios en Reino Unido a través de primeros auxilios psicológicos. Esta estrategia podría ser implementada en algunos hospitales de la región y del país, aunque como reto se obtiene que carecería de apoyo y coordinación en el caso de su intervención en sitios donde no existen los suficientes recursos tecnológicos.

Capítulo dos

Diseño metodológico

2.1. Objetivos

2.1.1. *Objetivo General*

Determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en un establecimiento privado del sector Las Acacias en la ciudad de Manta durante el año 2021.

2.1.2. *Objetivos Específicos*

1. Identificar las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario de un establecimiento privado en el sector Las Acacias de la ciudad Manta.
2. Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra.
3. Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.
4. Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta el personal sanitario.
5. Identificar la calidad de sueño que posee el personal sanitario de un establecimiento privado del sector Las Acacias de la ciudad de Manta.

2.2. Preguntas de investigación

Con la finalidad de cumplir el primer objetivo relacionado a la descripción de las características sociodemográficas y laborales de la población de estudio del establecimiento privado en el sector Las Acacias de la ciudad de Manta, se plantea las siguientes preguntas de investigación.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario del sector Las Acacias de la ciudad de Manta?

Posteriormente, surge la necesidad de determinar los niveles de burnout en las tres dimensiones por lo cual se establece la segunda pregunta de investigación mostrada a continuación.

2. ¿En qué niveles de las dimensiones de burnout de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se encuentran las personas que conforman la muestra?

Para identificar la salud mental de la muestra participante, se evalúan el estrés, la ansiedad y la depresión a través de la siguiente interrogante que permitirá cumplir el objetivo general de la investigación.

3. ¿Cuál es la salud mental de la muestra participante según el estrés, ansiedad y depresión?

La inflexibilidad psicológica y la percepción de la soledad manifestada por el personal sanitario son fundamentales para el estudio; es por ello que se seleccionó la siguiente pregunta de investigación.

4. ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta el personal sanitario?

Por último, uno de los objetivos es determinar la calidad de sueño que posee el personal sanitario del establecimiento por lo que se establece la pregunta de investigación mostrada a continuación.

5. ¿Qué calidad de sueño posee el personal sanitario del sector Las Acacias de la ciudad de Manta?

2.3. Diseño de investigación

La presente investigación posee un diseño exploratorio, descriptivo, cuantitativo, no experimental y transversal.

Es de tipo **exploratorio** debido a que el tema de investigación es novedoso y se examinarán las variables propuestas por primera vez en el sector Las Acacias de la ciudad de Manta. De acuerdo con Gabriel-Ortega (2017), una investigación exploratoria se caracteriza porque tiene el propósito de destacar y potenciar los aspectos fundamentales de una problemática para su respectiva descripción. Además, a partir de estos estudios es posible elaborar investigaciones posteriores para plantear soluciones a las necesidades encontradas en la población de estudio.

Además, el estudio es **descriptivo** porque las variables seleccionadas serán cuantificadas para realizar una explicación detallada del estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector Las Acacias de la ciudad de Manta. La investigación descriptiva ocurre cuando se desarrollan estudios para identificar características a través de métodos cualitativos o cuantitativos para cuantificar características o propiedades de un grupo de interés (Díaz-Narváez & Núñez, 2016).

Asimismo, es **cuantitativa** dado que para responder a las preguntas de investigación se posee un plan estratégico y se obtendrán valores que permitirán obtener el conocimiento deseado. La investigación cuantitativa o numérica permite realizar operaciones aritméticas y es posible aplicar en ellas la estadística para identificar la relación entre las variables estudiadas (Cienfuegos & Cienfuegos, 2016).

Además, el estudio es **no experimental** dado que no se manipularán variables en la población de estudio, sino que se realizará una recolección de datos a través de la técnica de la encuesta. Por su parte, la investigación no experimental se caracteriza porque no se influye de manera directa en los sujetos de estudio ni se aplica tratamientos experimentales; al contrario, se realiza una observación de la población sin intervención (Zurita-Cruz et al., 2018).

Por último, la investigación es **transversal** dado que se analizarán las variables en un momento específico para cumplir con los objetivos planteados. Es decir, no se aplicarán los

instrumentos de recolección de datos en diferentes momentos. Los estudios transversales se caracterizan porque son investigaciones de corte en el tiempo, lo que significa que se realiza un análisis de la población de estudio durante un momento determinado sin realizar nuevamente la recolección de datos en otro punto de tiempo (Veiga et al., 2008).

2.3.1. Población y muestra

El concepto de población se define como un grupo de sujetos de estudio que servirán de referencia para la selección de la muestra según criterios determinados (Arias-Gómez et al., 2016). La población universo de esta investigación es el personal sanitario del Ecuador por lo que al obtener los resultados de este estudio podría ser posible extrapolar los hallazgos obtenidos para tener una idea del fenómeno a nivel nacional.

La muestra se define como la población accesible que se encuentra limitada por criterios de elección; además, esta es un subconjunto de la población que posee las características que se pretenden estudiar y se encuentra compuesto por unidades de análisis (Ventura-León, 2017). Es por ello que, la muestra de datos que será considerada para participar en el presente estudio corresponde a los trabajadores sanitarios de un establecimiento privado del sector Las Acacias en la ciudad de Manta.

Al realizar el análisis espacial de la zona se determinó que el principal establecimiento de salud es el establecimiento X, por lo cual se contactó con el encargado de la institución para realizar el acercamiento a la institución y ejecutar la recolección de datos sociodemográficos, laborales y relativos a la salud mental a 45 personas. Con la finalidad de cumplir con la bioética durante la investigación, se solicitó el respectivo permiso al director del establecimiento y también se solicitaron los consentimientos informados a cada uno de los encuestados (ver Apéndice 1).

Para determinar la muestra de la investigación, se utilizará el muestreo de accesibilidad-accidental en el cual se consideran criterios de inclusión y exclusión según la posibilidad, conveniencia y recursos disponibles para establecer el estudio como se describe

en la sección 2.4. Dado lo anterior, se tuvo una muestra recolectora de datos de 48 individuos mientras que la muestra procesadora de datos abarcó 45 de estos.

2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- El trabajador se encuentra en situación laboral activa.
- El trabajador firma el consentimiento informado (Apéndice 2).
- El trabajador tiene mínimo 1 año laborando dentro de la organización.
- El trabajador es un profesional sanitario cualificado con título de tercer nivel o superior.
- El trabajador ejerció su profesión durante la pandemia de COVID-19.

Criterios de exclusión:

- El trabajador no acepta participar en el estudio.
- El trabajador no se encuentra laborando activamente por cuestión de maternidad o enfermedad.
- El trabajador no cumple con alguno de los criterios de inclusión.

2.5. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario *ad hoc* sociodemográfico (Apéndice 2)

Este instrumento no estandarizado, se compone de preguntas que permiten recolectar datos sociodemográficos de los profesionales entre los cuales se encuentra la distinción de género, edad, nacionalidad, ciudad, sector en el que trabaja, situación civil, número de hijos y situación salarial. Es fundamental agregar que los encuestados no podrán ser rastreados por ninguna de estas características ya que se les dará un código que los represente y sus datos tendrán absoluta confidencialidad.

Asimismo, se recolectó otra información laboral como la profesión, el título obtenido, los años de experiencia laboral, el trabajo realizado, el tipo de institución, el tipo de contrato

firmado, las horas de trabajo diario, el turno de trabajo, la situación de los recursos en la institución, entre otros. Esto permitirá identificar si los resultados obtenidos del análisis de la salud mental se encuentran relacionados con estas variables.

Inventario del estrés laboral crónico: MBI – HSS (Apéndice 3)

Este cuestionario es empleado para la detección y cuantificación del estrés laboral crónico o *burnout* en el trabajador sanitario. Fue elaborado por Maslach y Jackson en 1981 (Maslach, 2017). La escala presente posee 22 ítems a través de los cuales se miden las dimensiones de: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización Personal. El coeficiente de Cronbach oscila entre 0.84 y 0.89.

Las preguntas poseen opciones que varían desde el 0 hasta el 6 con las siguientes equivalencias: 0 corresponde a “Nunca”; 1 representa “Alguna vez al año o menos”; 2 indica “Una vez al mes o menos”; 3 representa “Algunas veces al mes”; 4 indica que la frecuencia es “Una vez a la semana”, mientras que 5 significa “Varias veces a la semana” y 6 a “Diariamente” como se indica en el instrumento.

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés: DASS – 21 (Apéndice 4)

El instrumento está compuesto por tres dimensiones descritas a continuación. La primera es la depresión que se cataloga como un trastorno conformado por síntomas como la tristeza. La segunda dimensión es la ansiedad relacionada con los síntomas físicos como la excitación, ataques de pánico, tensión y miedo. Y la tercera dimensión es el estrés que se define como la tendencia a reaccionar con tensión, irritabilidad y activación persistente ante acontecimientos estresantes.

El instrumento fue establecido por Lovibond y Lovibond en 1995 de acuerdo con la investigación de Román et al. (2016). Además, las escalas de depresión, ansiedad y estrés tuvieron un alfa de 0.85, 0.91 y 0.83 respectivamente. Adicionalmente, el cuestionario se encuentra compuesto por ítems con una escala tipo Likert con respuestas que varían desde 0 al 3 como se describe en los ítems a continuación.

- 0: Nada aplicable en mí.
- 1: Aplicable a mí en algún grado.
- 2: Aplicable a mí en alto grado.
- 3: Muy aplicable en mí.

Cuestionario de aceptación y acción: AAQ – II 7 (Apéndice 5)

El instrumento posibilita la cuantificación de la inflexibilidad psicológica de la muestra y fue creado por Ciarrochi et al. (2010). Los ítems valoran la ausencia de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados. Se compone de siete preguntas con escala tipo Likert desde el 1 hasta el 7; a mayor puntuación se evidencia una mayor inflexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach oscila entre 0.93 y 0.95.

Las opciones para cada ítem empiezan en el valor 1 que representa “Nunca es verdad” y finalizan en 7 que significa “Siempre es verdad” como se muestra en el instrumento de recolección de datos del Apéndice 5.

Escala de Soledad: UCLA – 3 (Apéndice 6)

Para evaluar la soledad percibida, se analizan los factores de intimidad con otros y sociabilidad evaluando cómo los sujetos de estudios evalúan la percepción y valoración sobre su red social y el apoyo que les ofrece. Los 20 ítems poseen escala tipo Likert con un rango de respuestas del 1 al 4. La encuesta posee un coeficiente alfa de 0.94.

Los ítems de la encuesta se encuentran ponderados dentro de las siguientes opciones con su respectiva descripción:

- 1: A menudo.
- 2: Con frecuencia.
- 3: Raramente.
- 4: Nunca.

Índice de calidad de sueño: PSQI (Apéndice 7)

El instrumento posee dimensiones de calidad del sueño subjetiva, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, latencia del sueño, perturbaciones del sueño, disfunción diurna y uso de medicación. Esta escala tiene un coeficiente de Cronbach de 0.72. Fue planteado por Pittsburgh con una mayor cantidad de ítems para pacientes psiquiátricos (Jiménez et al., 2008).

Además, el cuestionario posee 19 ítems con escala tipo Likert desde 0 hasta 4 para cuantificar la calidad del sueño de los individuos de estudio.

- 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.

Además, en el ítem 11 que corresponde a la última pregunta, se muestra una escala del 1 al 10 para preguntar qué nivel de cansancio poseen los encuestados al despertar. Para esta pregunta el valor 1 corresponde a 'nada cansado' mientras que la ponderación de 10 es indicada para 'extremadamente cansado'.

2.6. Procedimiento

La estructuración del informe de investigación se realizó de manera simultánea. Es decir, se realizó la revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scopus, Web of Science, Scielo y Redalyc para la redacción del marco teórico, posteriormente, se detalló el marco metodológico a emplear considerando el diseño de la investigación y la muestra a emplear en este proyecto.

Se realizó la recolección de datos en una clínica perteneciente al sector Las Acacias en Manta, como se indicó previamente. A cada uno de los encuestados se les envió el link de la encuesta desarrollada como formulario de preguntas en 'ArcGis Survey'. En esta, en primer lugar, se muestra el consentimiento informado a través del cual se indica el propósito de la investigación, el objetivo, los procedimientos del estudio, los beneficios de la participación,

los riesgos, las molestias, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria. Posteriormente, se da paso al ingreso de los datos sociodemográficos y laborales antes descritos.

A continuación, cada uno de los encuestados contestó los instrumentos de recolección de datos referentes a la salud mental como se indicó previamente. En cada una de las secciones se describieron los ítems a evaluar y el detalle para las categorías de Likert con la finalidad de que los encuestados se encuentren informados al respecto y completen los datos solicitados de manera óptima. El tiempo promedio de llenado de la encuesta fue de 20 minutos por persona y para tener la muestra recogida se requirió de un periodo de tres semanas debido a que varios trabajadores poseían poco tiempo para completar el formulario.

Posteriormente, la tabulación de datos fue realizada con la finalidad de realizar el análisis de los datos. Se realizó una depuración y limpieza de la base de datos obtenida de las encuestas en el establecimiento X. Además, la interpretación de la información se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

Para las variables de tipo cuantitativo, se realizó un estudio descriptivo de la muestra a través de la media y las desviaciones típicas obtenidas. Además, se elaboraron gráficos de estadística descriptiva para obtener hallazgos significativos que permitan cumplir los objetivos específicos previamente planteados y contestar las preguntas de investigación descritas.

Por otra parte, para las variables cualitativas nominales se ejecutó el estudio de las medidas de tendencia central considerando las frecuencias y porcentajes respectivos. A través de esto fue posible realizar la descripción sociodemográfica y laboral del personal sanitario perteneciente al establecimiento X del sector Las Acacias en la ciudad de Manta. Además, también se realizó la interpretación respectiva respecto a las variables de salud mental. Finalmente, se redactaron las conclusiones y recomendaciones, además, se realizó

la revisión final del documento para verificar que cumpliera con los requisitos de plagio respetando la propiedad intelectual de los artículos y fuentes utilizadas.

Capítulo tres

Análisis de resultados y discusión

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos al aplicar el instrumento de recolección de datos. Además, el análisis posterior se basa en las respuestas de la muestra procesadora que corresponde a 45 individuos.

En primer lugar, se muestra la Tabla 1 que contiene las características sociodemográficas y laborales del personal de salud correspondiente a la muestra recolectada.

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.

		N	%		
Género	Masculino	24	53.3		
	Femenino	21	46.7		
Estado civil	Soltero/a	17	37.8		
	Casado/unión libre	22	48.8		
	Viudo/a	3	6.7		
	Divorciado/a	3	6.7		
Trabajo por turnos	SI	35	77.8		
	No	10	22.2		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	38	84.4		
	Tiempo parcial	7	15.6		
Tipo de institución	Pública	6	13.3		
	Privada	39	86.7		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		40	60	26	10
Horas de trabajo por día		8	10	4	1
Experiencia laboral		13	38	1	9

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

Como se puede observar en la Tabla 1, el 53.3% de personas encuestadas fueron del género masculino mientras el 46.7% fueron femenino. En cuanto al estado civil, el 37.8% indicaron estar solteros, el 48.8% casados, 6.7% divorciados y el 6.7% viudos. Asimismo, el

77.8% indicaron que trabajan por turnos, mientras que el 22.2% no realiza su jornada laboral siguiendo aquella modalidad de trabajo. Respecto al tipo de trabajo, el 84.4% de los trabajadores sanitarios mencionó que labora a tiempo completo mientras únicamente el 15.6% trabaja en jornadas con tiempo parcial. Además, es necesario añadir que todos los trabajadores encuestados ofrecen servicios en el sector privado dado que pertenecen al establecimiento del sector Las Acacias. Sin embargo, algunos laboran también en establecimientos públicos, por lo que en la tabla se observa que, el 86.7% pertenece exclusivamente al tipo de institución del sector privado mientras que 13.3% también presta servicios en el sector público. En cuanto a la edad, se registró una media de 40 años ($DT=10$) con un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 60. La mayoría posee un trabajo de 8 horas ($DT=1$) diarias y algunos exhibieron hasta 10 horas de trabajo. Finalmente, respecto a la experiencia laboral, se observó un promedio de 13 años ($DT=9$) de experiencia entre el personal. No obstante, algunos de los participantes tuvieron 1 año de antigüedad mientras que el máximo correspondiente a esta variable fue de 38 años.

En resumen, los hallazgos previos indican que, la muestra recolectora fue principalmente del género masculino, con estado civil casado, con trabajo por turnos y en el tipo de trabajo a tiempo completo, en una institución de tipo privada. Además, se observó un promedio de edad de 40 años y un promedio de experiencia laboral de 13 años con 8 horas de trabajo diario en la mayoría de los encuestados.

En la Tabla 2, se muestra la percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.

Tabla 2

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	18	40.0
	Medio	5	11.1
	Alto	22	48.9
Despersonalización	Bajo	12	26.7

	Medio	5	11.1
	Alto	28	62.2
Baja realización personal	Bajo	6	13.3
	Medio	8	17.8
	Alto	31	68.9

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la primera dimensión, agotamiento emocional, se evidenció que el 40.4% de los encuestados presentaron niveles bajos de agotamiento, seguido de un 11.1% medio y un 48.9% alto. De la misma manera, en cuanto a la dimensión, despersonalización, se obtuvo un 26.7% con niveles bajos, mientras que un 11.1% y 62.2% tuvieron una medida media y alta respectivamente. Finalmente, en la dimensión denominada 'realización personal', se observaron porcentajes de 13.3%, 17.8% y 68.9%, equivalentes a niveles bajos, medios y altos. Por lo tanto, se observa una mayor proporción de la población con valores severos en al menos una de las dimensiones del burnout.

En base a lo mencionado con antelación, se puede evidenciar que la mayor parte de los encuestados posee niveles altos de burnout, debido a los porcentajes elevados que presentan sus tres dimensiones, principalmente en la última variable, en donde se encontraron niveles cercanos al 70%, siendo un parámetro de riesgo para la muestra.

Posteriormente, en la Tabla 3 se muestra la percepción de la salud mental del personal de salud considerando las variables de estrés, ansiedad y depresión.

Tabla 3

Percepción de la salud mental del personal de salud.

		N	%
Estrés	Leve	31	68.9
	Moderado	6	13.3
	Severo	8	17.8
Ansiedad	Leve	20	44.4
	Moderado	9	20.0
	Severo	16	35.6
Depresión	Leve	23	51.1

Moderado	11	24.4
Severo	11	24.4

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Tabla 3, el 68.9% obtuvieron un nivel leve de estrés en la muestra procesadora, mientras que 13.3% tuvieron un nivel moderado y 17.8% presentaron niveles severos. Respecto a la ansiedad, el 44.4% presentaron valores leves de este parámetro mientras que 20.0% tuvieron datos moderados y 35.6% indicaron una valoración severa. Finalmente, el 51.1% presentaron un nivel leve de depresión, 24.4% tuvieron valor moderado y 24.4% presentaron un nivel severo.

De los resultados anteriores, destaca que la mayoría de la muestra posee un valor leve en la variable de estrés. Sin embargo, es preocupante evidenciar que los encuestados poseen valores severos en las variables, 17.8% en estrés, 35.6% en ansiedad y 24.4% en depresión.

A continuación, se indican los resultados obtenidos en torno a la inflexibilidad psicológica y la percepción de la soledad (Tabla 4).

Tabla 4

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	22.91	43.00	7.00	11.83
Percepción de soledad	4.44	10.00	3.00	1.84

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

Se encontró una baja inflexibilidad psicológica dado que se tuvo una media de 22.9 ($DT=11.83$) con un mínimo de 7 y un máximo de 43. Por otra parte, se tuvo un valor bajo en percepción de la soledad ya que la media obtenida fue de 4.44 ($DT=1.84$) con un máximo de 10 y un valor mínimo de 3.

En síntesis, la inflexibilidad psicológica fue baja con un promedio de 22.91 por lo tanto se infiere que la población no prioriza las experiencias privadas momentáneas, sino que enfrentan las situaciones aversivas de acuerdo a lo revisado en el marco teórico.

Adicionalmente, la percepción de soledad también fue baja por lo cual se considera que la mayoría de los trabajadores no poseen aquel sentimiento de aislamiento durante su vida cotidiana y su jornada laboral.

Finalmente, se obtuvieron los valores respecto a la calidad de sueño del personal de salud como indica la Tabla 5.

Tabla 5

Calidad de sueño del personal de salud

Calidad de sueño	N	%
Facilidad para dormir	0	0.0
Baja dificultad para dormir	21	46.7
Media dificultad para dormir	16	35.6
Alta dificultad para dormir	8	17.8

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Los resultados anteriores indican que 46.7% indicaron una baja dificultad, 35.6% tuvieron una dificultad media y 17.8% presentaron una alta dificultad para conciliar el sueño y dormir.

Además, aquellos valores evidencian que la mayoría presentó una baja dificultad para dormir, aunque es preocupante que el 35.6% y el 17.8% tuvieran entre media y alta dificultad, dado que esto puede afectar su rendimiento laboral al momento de tratar con pacientes.

3.2. Discusión

A continuación, se muestra la comparación de los resultados obtenidos en el presente estudio con aquellos previamente encontrados por otros investigadores. Para ello se consideran las variables previamente establecidas en los objetivos específicos.

En relación con el perfil sociodemográfico, la mayoría de los participantes (53.3%) fueron hombres y esto contrasta con los hallazgos de Sung et al. (2020) quienes reportan que en su investigación sobre burnout en profesionales sanitarios de Taiwán, que el 65% de la muestra correspondió al género femenino. Al analizar los datos de género masculino, en la

investigación de Sung et al. (2020) se reportó una proporción del 35%, lo cual es opuesto con la presente investigación en la cual se tuvo un valor de 53.3%.

Adicionalmente, esto contrasta con los valores reportados por Duarte et al. (2020) donde se encontró que hubo una presencia de 83.6% de personal femenino en la investigación. Además, en la investigación de González-Rodríguez et al. (2020), el 86.2% de las personas son mujeres. En síntesis, la mayoría de los estudios de salud mental en el personal sanitario se caracterizan porque principalmente la población se encuentra conformada por personas del género femenino, aunque en la presente investigación hubo una distribución casi equitativa entre el personal masculino y femenino.

Respecto a la edad se encontró que, en la investigación de Duarte et al. (2020) en el sistema de salud portugués, hubo un promedio de edad de 38 años lo cual se asemeja con el presente estudio en el que se evidenció un promedio de 40 años. Asimismo, en el estudio de Jalili et al. (2021) se tuvo un promedio de edad de 36 años, lo cual se semeja con lo obtenido en el sector Las Acacias en Manta.

De igual manera, se tuvo que el 72% de la población de enfermeras de Dimitriu et al. (2020) tienen pareja civil lo cual contrasta con los resultados en la presente investigación (48.8%). Asimismo, en la investigación de Jalili et al. (2021), se observó que el 59% poseen un estado civil casado por lo que se podría inferir que existe una mayor proporción de esta característica en las poblaciones estudiadas. Por otra parte, los resultados contrastan con los de Salgado y Leria (2020), ya que la muestra analizada por estos investigadores estuvo conformada principalmente por personas solteras (46.7%) que ejercían atención primaria en Centros de Salud Familiar Municipal en Chile.

Respecto a la experiencia profesional, Sung et al. (2020) indica que la edad promedio de experiencia en su estudio fueron 12 años lo cual se asemeja a la presente investigación en la cual se obtuvieron 13 años; en contraste, en la investigación de Sung et al. (2020) se encontró un valor máximo de 25 años mientras que en el estudio realizado en el sector Las Acacias se encontró un máximo de 38 años. Asimismo, en la investigación de Blanca-

Gutiérrez y Arias-Herrera (2018), se encontró que la experiencia profesional promedio fue de 13.7 años. Por otra parte, en el estudio de Jalili et al. (2021) se encontró que, la media de experiencia profesional fue de 8.8 años lo cual contrasta con los 13 años encontrados en el estudio actual.

En torno a las dimensiones del burnout, el 45% de participantes en la investigación de Dimitriu et al. (2020) tuvo un valor alto de despersonalización. Asimismo, en la investigación de González-Rodríguez et al. (2020) se tuvieron 41.5% de encuestados en este nivel, y en la investigación de Sung et al. (2020), se encontró que fueron el 25% de enfermeras de Taiwán. Lo anterior contrasta con la presente investigación en la que se tuvo un valor de 62.2%, por lo cual se infiere que los tres estudios analizados tuvieron menor porcentaje de encuestados en un valor alto de despersonalización, a diferencia del estudio realizado en la ciudad de Manta.

Respecto al agotamiento emocional, la investigación de Kannampallil et al. (2020) presentó un valor de 60.5%, el cual es mayor al obtenido por la presente investigación en la cual se registró un valor de 48.9%. Por otra parte, el estudio de González-Rodríguez et al. (2020) tuvo un valor de 58.6% en la categoría alto de agotamiento emocional lo cual se asemeja en mayor medida y podría estar relacionado por la similitud de condiciones culturales y geográficas. De manera adicional, en la investigación de Bilal & Yildirim (2020), se encontró que la mitad de las enfermeras de un hospital pediátrico en Turquía, tuvieron agotamiento emocional alto al igual que en el presente estudio.

Finalmente, en la investigación de Jalili et al. (2021) se tuvo un valor de 85.3% en ausencia de sentimientos de realización personal por lo que se asemeja con el presente estudio en el que se tuvo un valor de alto con 62.2%. Asimismo, en el estudio de Rendón et al. (2020) se encontró un porcentaje de 60% de encuestados con nivel alto en la falta de realización personal. Es decir, en los tres estudios existe una proporción mayor al 50%. En contraste, en la categoría de realización personal se tuvo un 44.8% de la muestra de González-Rodríguez et al. (2020) por lo que este estudio podría estar menos relacionado

dado que se obtuvo un valor menor al 50% y se evidencia una mayor proporción de la población con una realización personal alta.

Asimismo, se encontró un estrés percibido de 1,20% en la investigación de Párraga et al. (2018) mientras que en la investigación de Cruz (2019) en el cual el estrés percibido fue de 21,53%. A pesar de que ambos estudios fueron realizados antes de la pandemia se encuentra una clara diferencia en ambas poblaciones por lo cual se podría inferir que las situaciones laborales fueron distintas. En relación a la presente investigación, se encontró que el 17.8% posee una percepción severa del estrés por lo cual se infiere que la población se encuentra más estresada que la de Párraga et al. (2018) aunque sufre de menor severidad que los encuestados por Cruz (2019). Por otra parte, al contrastar con investigaciones realizadas en la pandemia, en el estudio de Duarte et al. (2020) se encontró un valor superior de estrés con 63.4% y únicamente el 3.6% de la población tuvo síntomas extremadamente severos a diferencia del presente estudio en el cual se tuvo un mayor porcentaje de afectados.

Respecto a la ansiedad, en la investigación de Duarte et al. (2020) se encontró que el 66.9% de encuestados tuvieron un nivel normal y únicamente el 7% de la población tuvo síntomas extremadamente severos a diferencia del presente estudio en el cual se encontró un mayor porcentaje de personal (35.6% con ansiedad severa). Asimismo, en la investigación de Monterrosa et al. (2020), se encontró que el 13.4% de médicos generales encuestados tuvieron síntomas severos de ansiedad y en el estudio de Salari et al. (2021), se registró que el 25.8% tuvo prevalencia de ansiedad lo cual contrasta con los resultados de la muestra en la cual se encontraron valores moderados y altos de ansiedad.

Respecto a la depresión, en la investigación de Duarte et al. (2020) se encontró que el 70.6% de trabajadores tuvo niveles normales mientras que el 3.4% presentaron síntomas extremadamente severos lo cual contrasta con el presente estudio cuyo valor de depresión severa fue de 24.4%. En semejanza, en el estudio de Salari et al. (2021), se encontró que el 24.3% tuvo prevalencia de depresión lo cual se encuentra relacionado con el actual estudio ejecutado en la ciudad de Manta. Finalmente, en la investigación de Calvopiña (2021), se

encontró que el 36% de encuestados presentó síntomas medios y severos de depresión como consecuencia de la emergencia sanitaria lo cual se asemeja a los valores obtenidos en el estudio.

En torno a la inflexibilidad psicológica, se tuvo un valor medio de 22.91 en el presente estudio y esto podría estar relacionado con las inferencias Montaner et al. (2021) quienes relacionaron estadísticamente las dimensiones de despersonalización y agotamiento emocional del burnout obteniendo una correlación positiva. Además, la inflexibilidad psicológica también se encontró asociada a la percepción de ansiedad en el estudio de Duarte et al. (2020) en la cual se encontró un valor promedio de 19.34 respecto a esta variable por lo que ambas poblaciones tienen baja inflexibilidad psicológica.

Por otra parte, en el estudio de Valiente et al. (2020), se encontró un valor de percepción de la soledad de 7.54 lo cual se asemeja con la presente investigación dado que se obtuvo un valor de 4.62 en el personal sanitario. Esto quiere decir que la población estudiada en el sector de Las Acacias posee un menor valor de percepción de la soledad. En contraste, en el estudio de Sung et al. (2020) se encontró un valor de 46.32 lo cual se diferencia del estudio realizado en Ecuador.

Respecto a la dificultad para conciliar el sueño, el estudio de Sung et al. (2020) indica que el 45% de las enfermeras de Taiwán tuvieron media dificultad para dormir y esto se asemeja al valor obtenido de dificultad media en el estudio realizado en la ciudad de Manta. En semejanza, en el estudio de Andrades et al. (2021) se encontró un valor similar que en la muestra del sector Las Acacias, ya que el 12.3% tuvo una alta dificultad para dormir. En contraste, en la investigación de Arriola et al. (2021) se encontró que la media de sueño de médicos residentes en Perú fue de 5.90 horas y el 89.7% tuvieron problemas de sueño. A pesar de que no se obtuvieron datos en la misma medida, se puede inferir que los profesionales sanitarios en la muestra de Arriola et al. (2021) tuvieron un mayor impacto en sus hábitos de sueño que los estudiados en la presente investigación. Además, en el estudio de Xia et al. (2021) se encontró que el 45.1% de la población tuvo perturbaciones en el sueño

debido a las situaciones ocurridas en los centros de salud durante la pandemia y esto se asemeja a los valores de dificultad media para dormir en el presente estudio, que correspondieron a 35.6% de afectados.

Conclusiones

Respecto a las características sociodemográficas del personal sanitario de un establecimiento privado en el sector Las Acacias de la ciudad de Manta, se tiene como resultado que aproximadamente la mitad de los trabajadores es del género masculino, aproximadamente la mitad poseen un estado civil de casados y poseen una media de edad de 40 años. Además, respecto al aspecto laboral, se encuentra que el 77.8% trabajan por turnos, el 84.4% labora a tiempo completo y el 86.7% de la población trabaja exclusivamente en una institución de tipo privada. Asimismo, los trabajadores poseen una media de trabajo diario de 8 horas y una experiencia laboral de 13 años.

Posteriormente, se determinaron los niveles de las dimensiones de burnout para el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Específicamente, se evidencia que, en las dimensiones previamente mencionadas, se registran porcentajes de 48.9%, 62.2% y 68.9% respectivamente en los niveles altos. En consecuencia, son datos que deberían ser analizados de manera individual para el análisis de la salud mental en el personal sanitario del establecimiento de salud privada en el sector Las Acacias del cantón Manta.

Al analizar la salud mental del personal sanitario, se identificó que la mayoría de los participantes presentan niveles leves de estrés, ansiedad y depresión. No obstante, una proporción del personal posee niveles severos de estrés (17.8%), ansiedad (35.6%) y depresión (24.4%) posiblemente por la crisis sanitaria generada a raíz de la pandemia por COVID-19 a nivel local, nacional e internacional.

En función al grado de inflexibilidad psicológica, se encuentra que la población mantiene una media de 22.91. Además, se tiene una media de 4.44 en percepción de la soledad, por lo cual se infiere que la población utiliza herramientas pertinentes para incrementar la flexibilidad psicológica y afrontar las experiencias reconocidas como aversivas.

Finalmente, al analizar la calidad de sueño del personal sanitario, se encuentra que el 46.7% de encuestados tiene baja dificultad para dormir, aunque casi el 20% mantiene una alta dificultad y esto puede afectar su rendimiento laboral al tratar con los pacientes o realizar sus actividades cotidianas.

Recomendaciones

Al analizar los resultados obtenidos, en el caso de las características sociodemográficas y laborales, se recomienda diversificar la población analizada para abarcar personal sanitario que pertenezca al sector público. De esta manera, se tendrá una muestra adecuada para identificar la salud mental en los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. Además, podrían utilizarse estos datos para realizar comparaciones estadísticas e identificar la correlación entre las variables de salud mental y las sociodemográficas.

Respecto a los niveles de burnout, se sugiere que los trabajadores sean capacitados para el buen manejo de su tiempo y la aplicación de estrategias de relajación. De esta manera, se espera lograr una disminución en el nivel alto de las dimensiones analizadas en el establecimiento del sector Las Acacias.

En función a la salud mental del personal sanitario, se recomienda que la institución privada ofrezca diagnóstico psicológico para sus trabajadores, ya que los niveles severos de estrés, ansiedad y depresión son generalizados por lo cual se requiere de intervención profesional. En consecuencia, la situación mental de los trabajadores mejorará y realizarán un mejor desempeño en sus funciones laborales y en sus actividades cotidianas además de sus relaciones personales.

De acuerdo con la bibliografía consultada, varios trabajadores a nivel mundial, se mantuvieron distanciados de sus familias por lo cual pudieron experimentar sintomatología y consecuencias negativas en su estado emocional y capacidad de resiliencia, lo cual podría verse reflejado en los resultados máximos obtenidos en este estudio. Dado lo anterior, se propone analizar aquellos casos con mayores valores en estas variables para identificar si requieren de ayuda profesional para tratar aquellas situaciones de burnout, depresión, ansiedad, estrés inflexibilidad psicológica, dificultad para dormir y percepción de la soledad.

Asimismo, al analizar la calidad de sueño, se recomienda mantener un monitoreo anual de la dificultad para dormir de los trabajadores para asegurar que la mayoría de estos tengan baja dificultad para dormir o facilidad. Al realizar aquellas acciones, el personal tendrá mayor energía para realizar sus consultas y mantendrán un buen ánimo al trabajar con los clientes del establecimiento de salud.

En síntesis, se recomienda de manera general que los establecimientos e instituciones de salud realicen análisis de la salud mental de sus trabajadores sanitarios dado que ellos fueron quienes estuvieron en primera línea contra la pandemia de COVID-19. Debido a ello, su salud mental y estado emocional se vieron afectados. Como resultado de estas intervenciones, se podrán identificar problemáticas y establecer alternativas contextualizadas para los centros de salud ecuatorianos.

Referencias

- Abdo-Francis, J., Bosques-Padilla, F., Gutiérrez-Castrellón, P., & Sobrino-Cossío, S. (2020). El daño colateral de la atención de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(6), 799-804. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000647>
- Abuabara, E., Bohórquez, J., Restom, J., Uparella, I., Sáenz, J., & Restom, J. (2020). Infección por SARS-CoV-2 y enfermedad COVID-19: Revisión literaria. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 196-230. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.616.211>
- Alava, J., & Guevara, A. (2021). A critical narrative of Ecuador's preparedness and response to the COVID-19 pandemic. *Public Health in Practice*, 2, 100127. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100127>
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Medical Journal*, 40(11), 1087-1097. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24569>
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2762-2764. <https://doi.org/10.1111/jocn.15314>
- Andersen, L., Rasmussen, A., Reavley, N., Bøggild, H., & Overgaard, C. (2021). The social route to mental health: A systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM - Mental Health*, 1, 100042. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042>
- Andrades, M., García, F., Concha, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- ANMM. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422013000400009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

Antonio-Arques, V., Franch-Nadal, J., & Caylà, J. A. (2021). Diabetes y tuberculosis: Una sindemia complicada por la COVID-19. *Medicina Clínica*, 157(6), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.004>

Aparicio, C. (2020). Occupational health facing COVID-19 pandemic in Ecuador. *MediSur*, 18(3), 507-511. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=99192>

Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Novales, M. G. M. (2016). El protocolo de investigación III: La población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>

Arriola, L., Palomino, K., & Quintana, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista CON-CIENCIA*, 2(1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2310-02652014000100013&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

Baird, M., & Saltos, M. (2021). Síndrome de Burnout en un Hospital Básico de la Provincia de Manabí. *Revista San Gregorio*, 1(43), 65-77. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i43.1417>

Barbour, N., Menon, N., & Mannering, F. (2021). A statistical assessment of work-from-home participation during different stages of the COVID-19 pandemic. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 11, 100441. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2021.100441>

Bedoya, C. (2020). Covid-19: La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 3(1), e-6276. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.6276>

- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39978>
- Bianchini, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189-192. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Bilal, H., & Yildirim, H. (2020). Relación entre agotamiento emocional y la actitud hacia la seguridad del paciente en enfermeras pediátricas en un hospital de Turquía. *Enfermería Clínica*, 30(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.08.001>
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), E2997. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Blanca-Gutiérrez, J. J., & Arias-Herrera, A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: Asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*, 15(1), 30-44. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>
- Calvopiña, V. (2021). *Nivel de depresión, ansiedad y estrés debido al Covid-19 en los odontólogos de la ciudad de Quito* [Tesis de pregrado]. Quito. Universidad Central del Ecuador.
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombana, J., Parra, A., Martín-Benito, L., Quesada, N., González-Giraldo, C., Cárdenas, M., Castillo, A., Garzón-Lawton, M., Ronderos-Bernal, C., Guarín, B. G., Acevedo-Peña, J., Gómez-Gómez, O., & Yomayusa-González, N. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: Recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- Castellanos, J. (2008). Orígenes del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- CEPAL. (2020). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45337>
- Cevallos, H., Vergara, A., & Zambrano, G. (2021). Measuring the impact of the COVID-19 outbreak in Ecuador using preliminary estimates of excess mortality, March 17–October 22, 2020. *International Journal of Infectious Diseases*, 104, 297-299. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.12.045>
- Chen, D., Zhang, X., Chen, S., Zhang, Y., Wang, Y., Lu, Q., & Zhao, Y. (2021a). Bibliometric analysis of mental health during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102846>

- Chen, X., Zou, Y., & Gao, H. (2021b). Role of neighborhood social support in stress coping and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic: Evidence from Hubei, China. *Health & Place*, 69, 102532. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102532>
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. En *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 51-75). New Harbinger.
- Cienfuegos, M., & Cienfuegos, A. (2016). Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un apoyo a su enseñanza. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(13), 15-36. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-74672016000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cruz, A., Fernandes, M., Aliaga, L., & Pillon, S. (2021). Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), Article 1. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3971>
- Cruz, S. (2019). *Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general del personal sanitario de urgencias* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Córdoba (ESP)]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=233328>
- Culebras, J., Jáuregui-Lobera, I., & Franco-López, Á. (2020). En la pandemia de COVID-19 no hay camas para todos, ¿a quién tratamos? *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(6), 589-596. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3664>
- Delgado, C., Varas, J., Ruiz, F., Díaz, B., Cantón, P., Ruiz, E., González, N., Rincón, A., & Ramos, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: Adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento

de hemodiálisis. *Nefrología*, 40(2), 160-170.
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>

Díaz-Narváez, V. P., & Núñez, A. C. (2016). Artigos científicos, tipos de investigação e produtividade científica nas ciências da saúde. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(01), 115-121. <https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10>

Di-Colloredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). Descripción De Los Estilos De Afrontamiento En Hombres Y Mujeres Ante La Situación De Desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>

Dimitriu, M., Pantea, A., Smaranda, A., Nica, A., Carap, A., Constantin, V., Davitoiu, A., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O., Jacota, F., Badiu, C., Smarandache, C., & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144, 109972.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>

Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533-534.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)

Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1885.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>

Duarte, J., & Pinto, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125-133.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>

- Dullius, W., Scortegagna, S., & McCleary, L. (2021). Estrategias de afrontamiento en profesionales de la salud ante Covid-19: Revisión sistemática. *Psicología: teoría e práctica*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913976>
- Duong, C. (2021). The impact of fear and anxiety of Covid-19 on life satisfaction: Psychological distress and sleep disturbance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 178, 110869. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110869>
- Fernández, C. (2018). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. En *Libro de la salud cardiovascular* (pp. 582-590).
- Fernández, O., Jiménez Hernández, B., Alfonso Almirall, R., Sabina Molina, D., & Cruz Navarro, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández-Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M., Santos-Ruiz, A. M., Pérez-García, M., Peralta-Ramírez, M. I., Fernández-Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M., Santos-Ruiz, A. M., Pérez-García, M., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de Cuidados Paliativos: Influencia del desgaste profesional sobre la toma de decisiones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 171-180. <https://doi.org/10.23938/assn.0308>
- Ferreira, R., & Santa, L. (2020). Impactos da Covid-19 na Economia: Limites, desafios e políticas. *Cadernos de Prospecção*, 13(2), 459-459. <https://doi.org/10.9771/cp.v13i2.36183>
- Fischer, R., Mattos, P., Teixeira, C., Ganzerla, D., Rosa, R., & Bozza, F. (2020). Association of Burnout With Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians in Brazil. *JAMA Network Open*, 3(12), e2030898. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.30898>

- Fluharty, M., Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Coping strategies and mental health trajectories during the first 21 weeks of COVID-19 lockdown in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 279, 113958. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113958>
- Fuentes, N., Ramírez, L., & Amador, J. (2021). *Género, Familia y Vejez: Abordajes disciplinares en investigaciones de trabajo social*. Colima. Academia Nacional de Investigación y Trabajo Social. <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Genero%20familia%20y%20vejez2.pdf>
- Gabriel-Ortega, J. (2017). Cómo se genera una investigación científica que luego sea motivo de publicación. *Journal of the Selva Andina Research Society*, 8(2), 155-156. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2072-92942017000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- García, J. (2021). Los profesionales de la salud y el apoyo social en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), Article 1. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4442>
- Gaus, D. (2021). COVID-19: Vacunas. *Práctica Familiar Rural*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.23936/pfr.v6i1.196>
- Gholami, M., Fawad, I., Shadan, S., Rowaiee, R., Ghanem, H., Hassan, A., & Ho, S. (2021). COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 104, 335-346. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.013>
- González-Rodríguez, R., López-Castedo, A., Pastor-Seller, E., & Verde-Diego, C. (2020). Síndrome de burnout en el Sistema de Salud: El caso de las trabajadoras sociales sanitarias. *Enfermería Global*, 19(2), 141-161. <https://doi.org/10.6018/eglobal.382631>

- Gorgoni, M., Scarpelli, S., Mangiaruga, A., Alfonsi, V., Bonsignore, M., Fanfulla, F., Ferini, L., Nobili, L., Plazzi, G., De Gennaro, L., Arnaldi, D., Bonanni, E., Bonetti, G., Castronovo, C., Maestri, M., Garbarino, S., Guarnieri, B., Manni, R., Palagini, L., ... Vicini, C. (2021). Pre-sleep arousal and sleep quality during the COVID-19 lockdown in Italy. *Sleep Medicine*, 88, 46-57. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.10.006>
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Groarke, J., Berry, E., Graham, L., McKenna, P., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLOS ONE*, 15(9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Guardado, S., Martínez, J., & Tapia, D. (2020). COVID-19 en México: Repercusiones y retos del factor humano, financiero y fiscal. *Ciencia, Economía y Negocios*, 4(2), 5-32. <https://doi.org/10.22206/ceyn.2020.v4i2.pp5-32>
- Gupta, M., Jha, M., Bansal, A., Yadav, R., Ramakrishanan, S., Girish, M., Sarkar, P., Qamar, A., Kumar, S., Kumar, S., Jain, A., Saijpal, R., Gupta, V., Kansal, D., Garg, S., Arora, S., Biswas, P., Yusuf, J., Malhotra, R., ... Gupta, A. (2021). COVID 19-related burnout among healthcare workers in India and ECG based predictive machine learning model: Insights from the BRUCEE- Li study. *Indian Heart Journal*, 73(6), 674-681. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.10.002>
- Hajli, M., Shanmugam, M., Hajli, A., Khani, A., & Wang, Y. (2015). Health care development: Integrating transaction cost theory with social support theory. *Informatics for Health and Social Care*, 40(4), 334-344. <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.924950>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC. American Psychological Association.

- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
- Holmes, E., O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLOS ONE*, 15(5), e0233831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
- İlhan, B., & Küpeli, İ. (2022). Secondary traumatic stress, anxiety, and depression among emergency healthcare workers in the middle of the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 52, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.051>
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1345-1352. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares, A., Esquivel, G., & Vega, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsbutgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica México*, 144(6), 491-496.
- Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X., & Yujie, L. (2020). Psychological distress surveillance and

- related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103, 152198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198>
- Jumbo, D., Campuzano, J., Vega, F., & Luna, Á. (2020). Crisis económicas y covid-19 en Ecuador: Impacto en las exportaciones. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 103-110. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202020000600103&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kamberi, F., Sinaj, E., Jaho, J., Subashi, B., Sinanaj, G., Jaupaj, K., Stramarko, Y., Arapi, P., Dine, L., Gurguri, A., Xhindoli, J., Bucaj, J., Serjanaj, L., Marzo, R., & Nu, M. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on mental health, risk perception and coping strategies among health care workers in Albania—Evidence that needs attention. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 12, 100824. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100824>
- Kannampallil, T. G., Goss, C. W., Evanoff, B. A., Strickland, J. R., McAlister, R. P., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PloS One*, 15(8), e0237301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina, M., Oakley, M., Posada, J., Stein, D., Adley, C., Aguilar, S., ... Ustun, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
- Khan, A. (2021). A diary study of psychological effects of misinformation and COVID-19 Threat on work engagement of working from home employees. *Technological Forecasting and Social Change*, 171, 120968. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120968>

- Krupa, S., Filip, D., Mędrzycka, W., Lewandowska, K., Witt, P., & Ozga, D. (2021). Sleep disorders among nurses and other health care workers in Poland during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research*, *59*, 151412. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151412>
- Latikka, R., Koivula, A., Oksa, R., Savela, N., & Oksanen, A. (2022). Loneliness and psychological distress before and during the COVID-19 pandemic: Relationships with social media identity bubbles. *Social Science & Medicine*, *293*, 114674. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114674>
- Lee, D., Paul, C., Pilkington, W., Mulrooney, T., Diggs, S., & Kumar, D. (2021). Examining the effects of social determinants of health on COVID-19 related stress, family's stress and discord, and personal diagnosis of COVID-19. *Journal of Affective Disorders Reports*, *5*, 100183. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100183>
- Li, C., Noreen, S., Zhang, L., Saeed, M., Wu, P., Ijaz, M., Dai, D., Maqbool, I., Madni, A., Akram, F., Naveed, M., & Li, J. (2022). A critical analysis of SARS-CoV-2 (COVID-19) complexities, emerging variants, and therapeutic interventions and vaccination strategies. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *146*, 112550. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112550>
- Li, L., & Wang, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research*, *291*, 113267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113267>
- Liu, Y., Wang, X., Sun, P., Zhang, Q., Zhang, C., Shen, Y., Wang, S., Ma, J., & Wang, G. (2022). Sleep disturbance and anxiety symptom among public during the second wave of COVID-19 in Beijing: A web-based cross-sectional survey. *Journal of Affective Disorders*, *298*, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.068>

- Macias, M. (2020). COVID- 19: La respuesta social a la pandemia. *Humanidades Médicas*, 20(1), 1-4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202020000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Macías, M., Orozco, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Maguiña, C., Castelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 31(2), 125-131. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Maslach, C. (2017). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 559-563. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf>
- Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., Giattino, C., & Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*, 5(7), 947-953. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Network Open*, 3(8), e2017271. Scopus. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>
- Mayerl, H., Stolz, E., & Freidl, W. (2021). Longitudinal effects of COVID-19-related loneliness on symptoms of mental distress among older adults in Austria. *Public Health*, 200, 56-58. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.09.009>
- Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, L., Riaño-Garzón, M., & Bermudez, V. (2021). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 755-761. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>

- Mella, J., López, Y., Sáez, Y., & Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 322-333. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>
- Meyer, E., Bash, H., DeBeer, B., Kimbrel, N., Gulliver, S., & Morissette, S. (2019). Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(4), 383-390. Scopus. <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
- Miller, J. (2020). *Posibles efectos del Coronavirus en la economía mundial*. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4805>
- Molina, N., Mejias, M., Molina, N., & Mejias, M. (2020). Impacto social de la COVID-19 en Brasil y Ecuador: Donde la realidad supera las estadísticas. *EDUMECENTRO*, 12(3), 277-283. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742020000300277&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(3), 144-151. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.004>
- Monterrosa, A., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M., & Florez, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Mora-Alvarado, D. (2022). Sindemia de la COVID-19 en África a noviembre 2021. *Revista Tecnología En Marcha*, 35(5), 129-140. https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/view/6057
- Moretti, M., De Geyter, D., Van Cutsem, E., Van Laere, S., Pierard, D., & Allard, S. (2021). Fear for CoViD-19 and reluctance to work among health care workers during the

- epidemic, a prospective monocentric cohort study. *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.10.042>
- Morshed, M., & Sarkar, S. (2021). Common factors of COVID-19 cases and deaths among the most affected 50 countries. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(5), 102247. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.102247>
- Mortensen, C., Zachodnik, J., Caspersen, S., & Geisler, A. (2022). Healthcare professionals' experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103130. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103130>
- Mosolova, E., Sosin, D., & Mosolov, S. (2021). Stress, anxiety, depression and burnout in frontline healthcare workers during two peaks of COVID-19 pandemic in Russia. *Psychiatry Research*, 306, 114226. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114226>
- Mota, M., & Moura, G. (2020). Sleep hygiene at COVID-19 times to avoid circadian misalignment. *Rev. Bras. Neurol*, 30-34. <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gcmgc>
- Musa, S., Gyeltshen, D., Manirambona, E., Ayuba, D., & Lucero, D. (2022). The new COVID-19 omicron variant: Africa must watch its spread! *Clinical Epidemiology and Global Health*, 100961. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.100961>
- Naciones Unidas. (2020). *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental* (p. 22) [Informe de políticas]. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19#:~:text=El%20miedo%2C%20la%20preocupaci%C3%B3n%20y,de%20la%20pandemia%20COVID%2D19>.
- Naranjo, M. (2009). Una Revisión Teórica Sobre El Estrés Y Algunos Aspectos Relevantes De Éste En El Ámbito Educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>

- Narváez, J., Obando, L., Hernández, K., & Cruz, E. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207-216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>
- Obando, R., Arévalo, J., Aliaga, R., & Obando, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ojalehto, H., Abramowitz, J., Hellberg, S., Butcher, M., & Buchholz, J. (2021). Predicting COVID-19-related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions, anxiety sensitivity, and body vigilance. *Journal of Anxiety Disorders*, 83, 102460. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102460>
- Okruszek, Ł., Aniszewska, A., Piejka, A., Wiśniewska, M., & Żurek, K. (2020). Safe but Lonely? Loneliness, Anxiety, and Depression Symptoms and COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11, 3222. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579181>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Manejo clínico de la COVID-19*. Ginebra. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. Washington D. C. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/file/99552/download?token=DNpzQ7Sp>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19* (p. 7) [Informe]. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)* (p. 52) [Informe Regional de las Américas]. Organización Mundial de la

Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001_spa.pdf

Ortega, M. (2020). COVID-19: La nueva enfermedad X. *Sanidad Militar*, 76(1), 5-7. <https://doi.org/10.4321/s1887-85712020000100001>

Ortiz-Calvo, E., Martínez, G., Mediavilla, R., González, E., Fernández, E., Bravo, M., & Moreno, B. (2021). The role of social support and resilience in the mental health impact of the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Spain. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.030>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Párraga, I., González, E., Méndez, T., Villarín, A., & León, A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51-60. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2018000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Pashazadeh, F., Raofi, S., Rafiei, S., Khani, S., Hosseinifard, H., Tajik, F., Raofi, N., Ahmadi, S., Aghalou, S., Torabi, F., Dehnad, A., Rezaei, S., Hosseinipalangi, Z., & Ghashghaee, A. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 293, 391-398. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.073>

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

- Quijije, S. (2021). *Protocolo para la salud mental del personal de enfermería durante la pandemia en el Hospital Básico Jipijapa* [Tesis de pregrado, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. Jipijapa. <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3329/1/QUIJIJE%20INDIO%20SHIRLEY.pdf>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Rendón, M., Peralta, S., Hernández, E., Hernández, R., Vargas, M., & Favela, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Reyes, A., Huailas, W., Naranjo, R., Álvarez, M., Torres, M., Herrera, J., Armijos, K., & Jasmany, P. (2019). Cambios cardiometabólicos en trabajadores del área de la salud: Papel de la disrupción del sueño. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(2), 230-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263775020>
- Ribot, V., Chang, N., & González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez, A., Cardona, J., Gutiérrez, E., Villamizar, R., Holguin, Y., Escalera, J., Alvarado, L., Bonilla, D., Franco, C., Henao, A., Paniz, A., Lagos, G., Ramírez, E., Suárez, J. A., Zambrano, L., Villamil, W., Balbin, G., Rabaan, A., Harapan, H., ... Sah, R. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34, 101623. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>

- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos¹. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Saborío, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Sadovyy, M., Sánchez, M., & Bresó, E. (2021). COVID-19: How the stress generated by the pandemic may affect work performance through the moderating role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 180, 110986. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110986>
- Salari, N., Hosseinian, A., Jalali, R., Vaisi, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., & Eskandari, S. (2021). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: A systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, 18(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Salgado, J., & Leria, F. (2020). Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos. *Universidad y Salud*, 22(1), 06-16. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.169>
- Salgado-Guevara, D., Viera-Jaraba, A., Ibáñez-Guzmán, C., Vaucher-Rivero, A., Bustillo-Valeriano, P., Batista-Rujano, N., Abuabara-Turbay, Y., Rodríguez-Hurtado, D., Valdés, P. R., Sierra-Merlano, R., Cámara, L. A., Brav-Mejía, C., Jiménez, M.,

- Carrasco-Dueñas, S., Araya-Fonseca, C., Arias-Burroughs, C., Betancourt-Torres, I., & Montúfar-Guardado, R. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3), 55-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163164977009>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera, P. (2020). *Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect | Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298>
- Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Patidar, R., Younis, K., Desai, P., Hosein, Z., Padda, I., Mangat, J., & Altaf, M. (2020). Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>
- Shiovitz, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 455-462. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- Shiu, C., Chen, W., Hung, C., Huang, E., & Lee, T. (2021). COVID-19 stigma associates with burnout among healthcare providers: Evidence from Taiwanese physicians and nurses. *Journal of the Formosan Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.09.022>
- Silva, R., & Silva, V. (2021). Pandemia de la COVID-19: Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enfermería Clínica*, 31(2), 128-129. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011>
- Smallwood, N., Karimi, L., Pascoe, A., Bismark, M., Putland, M., Johnson, D., Dharmage, S., Barson, E., Atkin, N., Long, C., Ng, I., Holland, A., Munro, J., Thevarajan, I., Moore, C., McGillion, A., & Willis, K. (2021). Coping strategies adopted by Australian frontline health workers to address psychological distress during the COVID-19 pandemic.

General Hospital Psychiatry, 72, 124-130.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.08.008>

Soto, M., & Raúl, N. (2009). El sueño, trastornos y consecuencias. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 4-5. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172009000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Staneloni, M., & Barcán, L. (2021). ¿Es necesaria una tercera dosis de vacuna para COVID-19? *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 41(4), 196-198.
<https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v41i4.128>

Sümen, A., & Adıbelli, D. (2021). Nursing students' readiness and coping strategies for the Covid-19 pandemic in Turkey. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 553-561.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.03.005>

Sun, Y., Lin, W., Dong, W., & Xu, J. (2022). Origin and evolutionary analysis of the SARS-CoV-2 Omicron variant. *Journal of Biosafety and Biosecurity*, 4(1), 33-37.
<https://doi.org/10.1016/j.job.2021.12.001>

Sung, C.-W., Chen, C.-H., Fan, C.-Y., Su, F.-Y., Chang, J.-H., Hung, C.-C., Fu, C.-M., Wong, L., Pei-Chuan Huang, E., & Lee, T. S.-H. (2020). *Burnout in Medical Staffs During a Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic* (SSRN Scholarly Paper N.º 3594567). Rochester, NY. Social Science Research Network.
<https://doi.org/10.2139/ssrn.3594567>

Taylor, S. (1986). *Health psychology*. New York. Random House.

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: Aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 8-19. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>

Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata, A., & Irrarrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1121-1127. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>

- Valiente, C., Sáiz, J., Valiente, B., Lombraña, R., & Martínez, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/821>
- Veiga, J., Fuente, E., & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Velden, P., Hyland, P., Contino, C., Gaudecker, H., Muffels, R., & Das, M. (2021). Anxiety and depression symptoms, the recovery from symptoms, and loneliness before and after the COVID-19 outbreak among the general population: Findings from a Dutch population-based longitudinal study. *PLOS ONE*, 16(1), e0245057. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245057>
- Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662017000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vera-Ponce, V. J., Valladares-Garrido, M. J., Peralta, C. I., Astudillo, D., Torres-Malca, J. R., Orihuela-Manrique, E. J., & Tello-Quispe, E. K. (2020). Factores asociados al afrontamiento psicológico frente a la COVID-19 durante el periodo de cuarentena. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572020000400019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vidotti, V., Martins, J., Galdino, M., Ribeiro, R., & Robazzi, M. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 344-376. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>

- Xia, L., Chen, C., Liu, Z., Luo, X., Guo, C., Liu, Z., Zhang, K., & Liu, H. (2021). Prevalence of Sleep Disturbances and Sleep Quality in Chinese Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2021.646342>
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., Li, Z., & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*, 20(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>
- Zhang, J., Garrett, S., & Sun, J. (2021). Gastrointestinal symptoms, pathophysiology, and treatment in COVID-19. *Genes & Diseases*, 8(4), 385-400. <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2020.08.013>
- Zurita-Cruz, J. N., Márquez-González, H., Miranda-Novales, G., Villasís-Keever, M. Á., Zurita-Cruz, J. N., Márquez-González, H., Miranda-Novales, G., & Villasís-Keever, M. Á. (2018). Estudios experimentales: Diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. *Revista alergia México*, 65(2), 178-186. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>

Apéndices

Apéndice 1: Consentimiento informado

El/la abajo firmante declara conocer el proyecto "" 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 2: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características sociodemográficas 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: _____ **Número de hijos:** _____

Nacionalidad:

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Su remuneración es de:

Profesión:

Tipo de contrato: Nombramiento permanente Nombramiento profesional

Libre nombramiento y remoción Servicios ocasionales

Otro

Horas que trabaja diariamente: _____ **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 en su vida privada?

Sí

No

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

Sí

No

Apéndice 3: 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 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							
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							

Apéndice 4: DASS – 21

Sírvase de contestar como considere oportuno las siguientes oraciones, seleccione con un círculo el número correspondiente 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

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

Apéndice 6: UCLA – 3

Sírvase de contestar como considere oportuno las siguientes oraciones, seleccione con un círculo el número correspondiente 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

	0	1	2	3	4
1. Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo					
2. Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar					
3. Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo					
4. Con qué frecuencia siente que nadie le entiende					
5. Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba					
6. Con qué frecuencia se siente completamente solo					
7. Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos					
8. Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía					
9. Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos					
10. Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás					

Apéndice 7: Calidad del sueño

Las siguientes cuestiones hacen referencia a sus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de los 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 al 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

	1	2	3	4
1. No poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo				
2. Despertarse en mitad de la noche o de madrugada				
3. Tener que ir al baño				
4. No poder respirar adecuadamente				
5. Tos o ronquidos				
6. Sensación de frío				
7. Sensación de calor				
8. Pesadillas				
9. Sentir dolor				

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?

