



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID-19 en el sector Norte de la ciudad de
Tena en el año 2020-2021**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Alejandro Zurita, Denice Estefania

Director: Sánchez Paladines, Rosa Elvia

TENA

2022



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

2022

Aprobación del director del trabajo de titulación

Loja, 12 de octubre de 2022

Magister.

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

Director de la carrera de Psicología

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector Norte de la ciudad de Tena, realizado por Denice Estefania Alejandro Zurita 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,

Rosa Elvia Sánchez Paladines

C.I.: 1102568829

Correo electrónico: resanchez34@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Denice Estefania Alejandro Zurita, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector Norte de la ciudad de Tena, de la carrera de psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Resumen, Abstract, Introducción, Capítulo 1. Marco teórico de la COVID-19 y sus repercusiones, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados y discusión, Conclusiones y Recomendaciones, siendo Rosa Elvia Sánchez Paladines, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, con 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: Denice Estefania Alejandro Zurita

C.I.: 1550005720

Correo electrónico: dealejandro3@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A Dios que ha sido mi fortaleza y mi guía durante todos mis años de estudio y mi vida.

A mi madre Carmen, por su amor, su apoyo, su ejemplo de perseverancia, honestidad y trabajo.

A mi padre Fredy, quien ha sido mi motivación para siempre superarme, al igual que ha sido quien me ha brindado su apoyo tanto emocional como económico.

A mi familia, mis hermanos, que han sido un soporte y un motivo importante para caminar con ahínco en mi proyecto académico.

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a mi madre y padre por su apoyo durante todo este camino universitario, al igual que en el proceso de realización de este trabajo investigativo.

A todas aquellas personas que de manera directa o indirecta han hecho posible culminar mis estudios y elaborar este trabajo de titulación.

A mi tutora Mgtr. Rosa Elvia Sánchez Paladines, quien supo guiarme durante todo este trabajo investigativo.

Índice de contenidos

Carátula	I;Error! Marcador no definido.
Aprobación del director del trabajo de titulación.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos.....	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción.....	3
Capítulo uno	5
Marco teórico.....	5
1.1 COVID-19	5
1.1.1 Reseña histórica de la pandemia.....	5
1.1.2 Consecuencias de COVID-19	6
1.1.3 COVID-19 en Ecuador	7
1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones.....	7
1.2 Afectaciones a la Salud mental.....	8
1.2.1 Salud mental.....	8
1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios	14
1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental.....	20
1.3.1 Inflexibilidad psicológica.....	20
1.3.2 Soledad y Apoyo sociales	20

1.3.3 <i>Estrategias de afrontamiento</i>	22
1.3.4 <i>Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la salud</i>	22
Capítulo dos.....	26
Metodología	26
2.1 Objetivos	26
General.....	26
Específicos	26
2.2 Preguntas de investigación	26
2.3 Diseño de investigación	27
2.4 Población y muestra	27
2.5 Criterios de inclusión / exclusión	28
2.6 Instrumentos de recogida de información	28
2.7 Procedimiento	31
Capítulo tres	32
Análisis de resultados y discusión	32
3.1 Análisis de resultados	32
3.2 Discusión de resultados	35
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	41
Referencias	42
Apéndice.....	47
Apéndice A. Documento de información general y consentimiento informado	47
Apéndice B. Instrumentos de aplicación	50

Indice de tablas

Tabla 1.....	32
Tabla 2.....	33
Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	34
Tabla 5.....	35

Resumen

El tema de la presente investigación salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector Norte de la ciudad de Tena, su objetivo determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. La metodología tiene un diseño no experimental, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo, con una muestra de 47 participantes, a quienes se les aplico los siguientes instrumentos, cuestionario ad hoc sociodemográfico, MBI-HSS, DASS – 21, AAQ – II, UCLA-3, PSQI. Los principales resultados refieren que la muestra de estudio presentó niveles medio alto de burnout, se encontró alteraciones en la salud mental; en las variables de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad se obtuvo un grado bajo, además en los resultados de la calidad del sueño se presentó dificultades para conciliar el mismo.

Se concluye que el impacto de la pandemia por COVID-19 ha causado repercusiones en los trabajadores sanitarios suponiendo un desafío notable para aquellos que trabajan en las primeras líneas de atención desmejorando su rendimiento laboral.

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

Abstract

The subject of this mental health research in health workers during the COVID-19 pandemic in the northern sector of the city of Tena, its objective is to determine the mental health status of health workers during the COVID-19 pandemic. The method has a non-experimental, cross-sectional design, with a quantitative approach and a descriptive scope, with a sample of forty-seven participants, to whom the following instruments were applied, sociodemographic ad hoc questionnaire, MBI-HSS, DASS - 21, AAQ-II, UCLA-3, PSQI. The main results refer that the study sample presented medium-high levels of burnout, alterations in mental health were found; in the variables of psychological inflexibility and feeling of loneliness a low degree was obtained, in addition in the results of the quality of sleep there were difficulties to reconcile it. It is concluded that the impact of the COVID-19 pandemic has caused repercussions on health workers, posing a notable challenge for those who work in the first lines of care, deteriorating their work performance.

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

Introducción

La pandemia de COVID-19 fue ocasionada por el SARS-CoV2, La Organización mundial de la salud (2020), la declara una emergencia de salud pública de carácter internacional, ha afectado la salud integral de los habitantes del mundo. El sector especialmente vulnerable de la población es el personal sanitario, puesto que se ha posicionado en las primeras líneas de la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentaban dicha afección, en jornadas agotantes de trabajo, por lo que indagar en el estado de la salud mental de los profesionales durante la pandemia de COVID-19 es de gran importancia.

El desarrollo teórico se sustenta de acuerdo con la OMS (2022), su reseña histórica y sus posibles sintomatologías. A partir de la posición de la salud mental, una pandemia de gran escala conlleva una alteración psicosocial que puede superar la capacidad de manejo de la población afectada. Se puede tener en cuenta, que toda la sociedad padece presión y aflicción en mayor o menor medida. Por consiguiente, se considera un incremento de la incidencia a causa de perturbaciones psíquicas (Ribot Reyes et al., 2020).

En la lucha contra la Covid-19, los profesionales de la salud afrontaron una gran presión a causa del alto riesgo de infección y a la ausencia de una protección adecuada, la demanda de trabajo, frustración, cansancio presente por jornadas laborales extensas, escasa comunicación con sus familiares y aquellas emociones negativas expresados por los pacientes (Segovia-Piguabe, 2021).

En cuanto a la metodología de la investigación, posee un diseño no experimental, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo, por medio de la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala DASS 21, Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ) Escala UCLA-20 y Escala de Calidad de Sueño (PSQI); los instrumentos se aplicaron a una muestra conformada por 47 profesionales sanitarios psicólogos/as, enfermeros/as y médicos/as, hombres y mujeres, con edades entre los 24 y

57 años que estuvieron en contacto con pacientes COVID en la ciudad de Tena durante la pandemia.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector Norte de la ciudad de Tena en el año 2021-2022, para lo cual se describieron características sociodemográficas y laborales, dimensiones de burnout, percepción de la salud mental, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño mediante tablas de frecuencia, de tal manera que exista la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones nacionales e internacionales referentes al tema de estudio.

Se ha encontrado que el impacto de la pandemia por COVID-19 ha causado repercusiones en la muestra de estudio presentando alteraciones, siendo importante valorizar la salud mental en el sector de la salud, prevenir, cuidarse y brindar ayuda a otras personas de la comunidad tendrá un efecto positivo, además, generar una conciencia de que la exigencia de cierta forma nos hace crecer, pero exigirse más de lo que uno puede dar repercutirá en nuestra salud.

La investigación toma notabilidad teórica debido a que en el perímetro nacional hasta el momento existen reducidas publicaciones formales que arriben las variables de dimensiones de burnout, percepción de la salud mental, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño en el personal sanitario durante la pandemia por COVID-19, por tal motivo la presente investigación procura orientar el estado actual de la problemática en el país, ser una piloto para futuras investigaciones y fomentar la intervención adecuada en estos profesionales.

Capítulo uno

MARCO TEÓRICO

1.1 COVID-19

La covid-19, una palabra que no será fácil de olvidar, porque ha generado un impacto significativo en estos dos últimos años, además de ser asociada con momentos dolorosos y angustiantes para la sociedad.

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

La pandemia de COVID-19 generada por el SARS CoV 2 fue declarada por la OMS (2020b) como una emergencia de salud pública de carácter internacional, debido al gran golpe que causa en la salud integral de la población en general. A partir de lo antes mencionado, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador a través del Acuerdo Ministerial No. 126- 2020, proclama emergencia sanitaria en todo el país. Este acuerdo, entre sus artículos acuerda que todos los prestadores de salud deben asegurar la atención médica a todos sus usuarios o pacientes relacionados con el COVID-19 y anteponer los recursos de talento humano para enfrentar la emergencia.

Sintomatología

De acuerdo con Guerrero (2020) estos son los síntomas más habituales y poco habituales de la COVID-19 cansancio, tos seca, fiebre, congestión nasal, dolor de cabeza, pérdida del gusto o el olfato, conjuntivitis (enrojecimiento ocular), dolores musculares o articulares, dolor de garganta, náuseas o vómitos, escalofríos o vértigo, diarrea y diferentes tipos de erupciones cutáneas

La OMS (2020) menciona que los síntomas de un cuadro grave de la COVID-19 son disnea (dificultad respiratoria), dolor u opresión persistente en el pecho, pérdida de apetito, temperatura alta (por encima de los 38° C) y confusión o desorientación, así también los síntomas menos frecuentes irritabilidad, ansiedad, trastorno del sueño, depresión, merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones) y complicaciones neurológicas más graves, como accidentes cerebrovasculares, tumefacción del cerebro, estado delirante y traumas

neurales. Aquellas personas que presentan varios de estos síntomas mencionados, en lo posible tendrían que comunicarse con alguna entidad de sanitaria, para evitar agravar su salud y la de los demás.

1.1.2 Consecuencias de COVID-19

Ribot-Reyes et al. (2020) señala que aún es pronto para evaluar los efectos que la pandemia tendrá sobre la salud mental de las poblaciones, se espera una sucesión de secuelas, y es para la precaución de estas que deben focalizarse las intervenciones.

A partir de la posición de la salud mental, una pandemia de gran escala conlleva una alteración psicosocial que puede superar la capacidad de manejo de la población afectada. Se puede tener en cuenta, que toda la sociedad padece presión y aflicción en mayor o menor medida. Por consiguiente, se considera un incremento de la incidencia a causa de perturbaciones psíquicas (Ribot-Reyes et al., 2020).

Dosil-Santamaría et al. (2020) menciona que a pesar de que cada persona responde de forma diferente a ambientes estresantes, una pandemia como la que se vive en la actualidad implica el aislamiento y el distanciamiento social por esta razón se puede experimentar las siguientes reacciones miedo o angustia por el estado de salud propio, el de los familiares, amigos y conocidos, ser observado por otros, ya sea por los signos o síntomas de haber contraído la infección, disminución de horas de trabajo, con el peligro de una baja de ingresos y el riesgo de perder el puesto de trabajo, intranquilidad o frustración a razón de desconocer cuál será la duración de esta situación, impotencia ante la posibilidad de ser contagiado por la negligencia de "otros", el ansia por beber alcohol o consumir sustancias sujetas a fiscalización y la presencia de aquellos síntomas depresivos como desesperanza, cambios en el apetito o alteraciones del sueño.

Las consecuencias, generalmente, son más evidentes en las poblaciones que viven en situaciones precarias, poseen limitados recursos y tienen poco o ningún acceso a los servicios sociales y de salud, siendo el resultado de la interacción de las condiciones externas(amenazas) e internas(vulnerabilidad), a su vez esta enlazado con otros riesgos

sanitarios, ambientales, psicológicos, familiares, laborales, económicos entre otros (Erquicia et al., 2020).

1.1.3 COVID-19 en Ecuador

La epidemia de COVID-19 en Ecuador es una expansión del brote que se originó en Wuhan-China. Este suceso alertó en principios de 2020 a todos los países del mundo y llegó a Latinoamérica a mediados de febrero (Guerrero, 2020)

En Ecuador, el primer caso detectado provino de Madrid-España: una ciudadana ecuatoriana de 71 años que arribó al país el 14 de febrero más adelante presentó síntomas conectados con la enfermedad, pero el Ministerio de Salud Pública de Ecuador publicó el primer caso de coronavirus confirmado, el 29 de febrero, siendo el tercer país infectado de la región (Trujillo, 2020).

Según Google Noticias (2021) el 13 de marzo de 2020, la primera ciudad que llegó desde España, fallece por COVID-19 en el país. Marzo de 2020, inicio el confinamiento en Ecuador, con la prohibición de clases, programaciones masivas y el aislamiento a pasajeros internacionales para impedir la propagación de la COVID-19. (“Confinamiento por la pandemia de COVID-19 en Ecuador”). El 21 de enero de 2021, inició la administración de la vacuna contra la COVID-19, a través de un plan piloto, anteponiendo a cuidadores geriátricos, personal de la salud y residentes.

1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

Como plantea Segovia-Piguabe (2021) en sus inicios en la lucha contra la Covid-19, los profesionales de la salud afrontaron una gran presión a causa del alto riesgo de infección y a la ausencia de una protección adecuada, la demanda de trabajo, frustración, cansancio presente por jornadas laborales extensas, escasa comunicación con sus familiares y aquellas emociones negativas expresados por los pacientes, las afecciones en la salud mental del personal sanitario durante la pandemia se han transformado en un fenómeno generalizado y que varios profesionales reflejan mayores cargas emocionales que otros.

Durante la emergencia sanitaria, los profesionales de la salud pueden presentar síntomas ansiosos o depresivos, lo cual no solo influye en su bienestar, sino que también a la toma de decisiones y a la atención que recibe el paciente (Defensoría del Pueblo, 2020).

1.2 Afectaciones a la Salud mental

La salud mental un componente importante en la estabilidad de una persona, ya que brinda una mejor calidad de vida, salud físicamente, a llevar relaciones sanas con los demás, a ser productivos en cualquier ámbito en el que se desarrolle, así como en otros aspectos importantes de la vida.

1.2.1 Salud mental

La OMS (2018) señala a la Salud Mental no sólo como la carencia de alteraciones mentales. La salud mental se define a las sensaciones de bienestar en donde la persona es consciente de sus propias competencias, tiene la capacidad de poder hacer frente a las tensiones normales de la vida, logra trabajar de manera efectiva, favorable y es capaz coadyuvar a la sociedad.

Domínguez y Amador-Bedolla (2020) expresa de forma general que "no existe la salud sin la salud mental" y sugiere que "la salud mental es primordial para el desenvolvimiento humano, social y económico de las naciones y esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo entre otros aspectos importantes"

La salud mental y el bienestar son esenciales para capacidad colectiva e individual de pensar, expresar sentimientos, relacionarse con los demás, obtener un medio de soporte(alimento) y disfrutar de la vida. Sobre este fundamento se puede pensar que la promoción, la ayuda y el restablecimiento de la salud mental son pilares vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (Dosil Santamaría et al. (2020).

La duda, el estrés que produce la presencia de dificultades en la atención médica a lo largo de una eclosión epidémica como el coronavirus (COVID-19), requiere una especial

consideración a las necesidades de apoyo emocional de los profesionales de la salud (Sociedad Española de Psiquiatría [SEP], 2020, pp.55-619

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que todos han experimentado en algún momento, genera una reacción psicofisiológica de activación enérgica del sistema nervioso central y de todo el organismo. Se manifiesta en una situación que demanda un esfuerzo intenso o sostenido y trabaja para activar y enfrentar una amenaza o peligro que tiene lugar en el presente o en el futuro (Mayo Clinic, 2021).

De acuerdo con Clark y Beck (2012) la ansiedad consiste en movilizar al organismo, mantenerlo en estado de alerta y listo para actuar frente a los riesgos y amenazas, de manera que no se produzcan o se subestimen sus consecuencias. La ansiedad, pues, nos impulsa a tomar las medidas adecuadas (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, entre otras.), de acuerdo con el caso y la naturaleza del peligro.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (2020) menciona que los síntomas más comunes son sensaciones de nerviosismo, agitación o tensión, pánico o catástrofe, hiperventilación, temblores, problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual, aumento del ritmo cardíaco, sudoración, problemas del sueño y problemas gastrointestinales (gi).

Carlson (2013) argumenta que a pesar de no saber con exactitud cuales son las causas de los trastornos de la ansiedad. Varios acontecimientos o experiencias de vida parecen provocar trastornos de ansiedad, al igual que los rasgos heredados pueden ser un factor. Otras causas relacionadas con la ansiedad: enfermedades cardíacas, diabetes, problemas de tiroides, hipertiroidismo, trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma, uso inadecuado de sustancias o abstinencia, dolor crónico o síndrome de intestino irritable, y en algunas ocasiones, la ansiedad puede ser un efecto secundario de ciertos fármacos.

Depresión

Hace referencia a una perturbación del estado de ánimo señalado por sentimientos de infelicidad, cansancio, o desvitalización, entre otros. Puede tratarse de una problemática transitoria o a largo plazo, y es capaz de formar una interrupción en diversos ámbitos de la vida del hombre (ámbito profesional, actividades lúdicas, tareas diarias, entre otras). La depresión es un padecimiento que puede llegar a ocasionar un agudo nivel de intranquilidad, un incesante sentimiento de irritabilidad que puede perturbar a la calidad de las relaciones personales, además de un declive en el interés o en la capacidad de disfrutar de actividades que resultaban gratificantes para el hombre. Todos estos aspectos pueden abonar al empeoramiento, e inclusive a la cronificación, de la depresión (American Psychological Association, 2014)

La emoción asociada a la depresión es la tristeza, La tristeza está vinculada con situaciones de pérdida que generan un gran golpe en la persona (defunción de un ser amado, despido de un trabajo, el desenlace de un vínculo pasional, un cambio no deseado, entre otros) que pueden inducir a una depresión. Si bien la angustia es una respuesta emocional usual y generalizada, puede ser considerada patológica cuando se produce un aumento considerable en su intensidad o duración (Aesthesis Psicólogos Madrid, 2021).

American Psychological Association (2018) señala que los cuadros depresivos pueden expresar una gran diversidad de sintomatología de distinta tipología: síntomas de tipo afectuoso, cognitivo, conductual y físicos, y todos ellos influyen en todos los sistemas de respuesta del individuo.

De acuerdo con Belloch et al., (2011) en términos generales, los principales síntomas de la depresión son tristeza e irritabilidad prolongadas, sentimientos reiterados de culpabilidad o inutilidad, pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el mundo. descenso de la autoestima, anhedonia, es decir, pérdida de la capacidad de disfrute e interés por las actividades gratificantes, reducción de hábitos y actividades placenteras, descenso o incremento del apetito y con ello, del peso corporal, alteraciones en el sueño: insomnio, hipersomnias (sueño excesivo), presencia de estados de agitación o enlentecimiento motriz

(movimientos corporales lentos, como retardados), el descenso de capacidades cognitivas e intelectuales y la ideación suicida.

Aesthesis Psicólogos Madrid (2021) da a conocer que la depresión tiene un génesis multifactorial, es decir, en su origen intervienen distintas causas de carácter orgánico, ambiental y psicosocial. En lo relacionado a los factores orgánicos, hay una significativa correlación entre el bienestar físico y la depresión, así como, enfermedades cardiovasculares, o discapacidades físicas pueden ocasionar depresión, y viceversa. En proporción a los factores ambientales, hábitos conductuales conectados con la alimentación, el tabaquismo, la drogadicción o la inercia física pueden llegar a causar depresión.

En cuanto a las causas psicosociales, sobresalen consecuencias emocionales procedentes de situaciones desfavorables que dan paso a la depresión. No obstante, son múltiples las condiciones psicológicas que pueden proporcionar lugar a un cuadro depresivo: depresión por efecto de experiencias adversas, depresión por impotencia y desesperanza, depresión por acción de la agresividad, depresión por la culpa, depresión por los trastornos narcisistas, depresión por las angustias persecutorias, depresión por identificación y depresión por los déficits (Beck et al.,1979)

Estrés

El estrés es un estado de presión física y emocional producido como respuesta a un estímulo, ya sea positivo o negativo. Se trata de un estado de protección que, en pequeñas dosis, colabora con el organismo a responder y acoplarse a los acontecimientos. Un grado de estrés natural se considera saludable e inclusive seguro ya que ayuda a estimular a las personas a actuar ante los estímulos de la vida cotidiana. En cambio, cuando el estrés es desmedido o no se controla adecuadamente puede causar problemas de deterioro mental, como irritabilidad y ansiedad, o trastornos psicosomáticos (Montenegro y Yumiseva, 2016).

Se considera estrés al mecanismo que se pone en movimiento cuando una persona se ve inmersa en una situación que se sale de su control. En estos casos, el individuo experimenta una sobrecarga que puede intervenir en el bienestar tanto físico como psicológico y personal (Mingote-Adán y Pérez-García, 2013)

Gallardo-Poce (2021) menciona que el estrés puede causar muchos síntomas, tanto físicos, como psicológicos y emocionales como el dolor de cabeza, mala memoria, diarrea (exceso de heces acuosas y blandas) o estreñimiento (dificultad para eliminar heces), falta de energía o de concentración, cambios de la conducta, problemas de salud mental (ansiedad o depresión), problemas cardiovasculares y musculoesqueléticas (estrés prolongado), cambios en el peso (desorden alimenticio por estrés, estilo de vida sedentario), problemas estomacales, cansancio constante y prolongado, problemas a nivel sexual (el cansancio y falta de deseo sexual) rigidez en la mandíbula y el cuello (puede generar dolores de cabeza), insomnio o exceso de sueño (la dificultad para conciliar el sueño causa frecuente de estrés, afecta la calidad del sueño), desgaste a nivel celular y envejecimiento (el descanso puede recuperar o revertir el proceso de desgaste por estrés y evitar problemas de salud, tanto físicos y como mentales). En ocasiones los afectados no relacionan los signos con el propio estrés.

La Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral (AEPSAL, 2016) señala que las situaciones y presiones que originan estrés son conocidas como estresores, cualquier cosa que suponga demandas en tu vida puede ser estresante, incluyendo eventos positivos cotidianos, el estrés también puede ser autogenerado. Las causas del estrés excesivo dependen de la percepción de cada uno esta son algunas de las causas comunes de estrés externo, los cambios en la vida producen estrés, el trabajo o escuela, dificultades en las relaciones interpersonales e intrapersonales, problemas financieros, expectativas surrealistas/ perfeccionismo y pensamientos rígidos, además de la falta de flexibilidad.

Burnout

El burnout, también denominado síndrome del quemado, es un estado de agotamiento físico, emocional y mental que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado puede tener efectos considerables, tanto en el ámbito físico como psicológico (Sevilla Martínez y Sánchez-Monge, 2021).

El síndrome de burnout suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional (es muy frecuente entre profesionales

sanitarios, profesores y trabajadores sociales, aunque al principio sólo se extienden a la vida laboral, sino que termina por alcanzar casi todas las áreas de la vida del trabajador (Vinueza-Veloz et al., 2020).

De acuerdo con Torres-Muñoz et. al (2020) las principales manifestaciones de este síndrome son sentimientos de agotamiento, fracaso e impotencia, baja autoestima, poca realización personal, estados permanentes de nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos, dolores de cabeza, taquicardia, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, impaciencia e irritabilidad y una comunicación deficiente.

Beck et al. (1979) destaca que el detonante principal del síndrome de burnout es el ambiente laboral y sus condiciones de trabajo, el trabajador está expuesto de manera continua a, altos niveles de estrés, carga laboral excesiva, poca autonomía, relaciones malas en el trabajo y ausencia de apoyo en su círculo, falta de instrucción para desempeñar las tareas entre otras más, esto puede desatarse en un estrés crónico que finalmente provoque el burnout.

Alteraciones del sueño

Los trastornos del sueño son dificultades vinculadas con el sueño. Son el conjunto de alteraciones que se dan en las fases del sueño imposibilitando gozar de un descanso correcto, continuo y reparador, su origen es muy diverso. En ocasiones, aparecen como efecto de otras enfermedades y forman factores de riesgo que ayudan a la aparición de otras patologías (Gallardo- Poce, 2021)

“Los trastornos del sueño no son una patología grave en sí misma, pero tienen serias implicaciones en la vida diaria: agotamiento físico, bajo rendimiento, sueño diurno, dificultad para concentrarse y cumplir con las obligaciones ya sean profesionales, familiares o sociales.” (Campo-Ezquibela, 2020)

De acuerdo con Mingote-Adán y Pérez-García (2013) existen diferentes trastornos y hay síntomas específicos algunos de los síntomas que se presentan en las alteraciones del sueño son el sonambulismo (caminar dormido de modo semiinconsciente); terrores nocturnos (episodios de terror con gritos y agitación, en ocasiones enlazado con el

sonambulismo); insomnio (dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos o término prematuro del sueño); hipersomnia (aumento de un 25% el sueño habitual); narcolepsia (crisis reiterada de sueño durante la vigilia); ronquidos y apneas del sueño (no circula el aire debido a una obstrucción de la faringe).

En ocasiones, los trastornos del sueño aparecen como efecto de otras enfermedades y constituyen factores de riesgo para la aparición de otras patologías, en el caso del insomnio, la ansiedad, el hipertiroidismo, las enfermedades psiquiátricas o las que producen dolor son sus causas más comunes, en la hipersomnia, las causas pueden asociarse a ansiedad o depresión grave, abuso de hipnóticos o apnea del sueño. El ronquido se produce por la obstrucción mecánica temporal de las vías respiratorias altas, en muchos casos se acompaña de apneas obstructivas del sueño, en la situación de la narcolepsia, la causa puede ser una hipersomnia crónica en edad temprana, el bruxismo se debe al estrés emocional y las interferencias oclusales (Martínez- Pérez, 2010).

Las piernas inquietas pueden tener su causa en la anemia ferropénica, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus o la enfermedad de Parkinson, además, cabe recalcar que ciertos fármacos como los sedantes, antihistamínicos, neurolépticos o antidepresivos pueden agravar los síntomas (Belloch et al., 2011).

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Ansiedad

Repercusiones en el ámbito laboral. La ansiedad en el trabajo limita el desempeño laboral, cuando existen agendas muy apretadas, se encuentran bajo presión, duermen muy poco y no pueden concentrarse. Esto quiere decir que están estresados, lo que a su vez conlleva a que se comience a sentir ansiedad. Esa sensación, afecta la productividad, cosas incompletas y muchas tareas por hacer. Esto por lo general no permite descansar ni consentirse en las tareas habituales (Juárez, 2020).

Repercusiones en el ámbito psicológico: Para Arias et al. (2020) más allá de los riesgos médicos, el impacto psicológico y social de la pandemia es indiscutible, que el personal de salud puede enfrentarse a situaciones de miedo a la muerte y presentar

sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad, por lo que es necesario, prestar atención psicológica al personal de salud, que, por su trabajo directo con personas en la categoría de casos sospechosos o confirmados, también deben someterse después de un periodo de intensa labor, a periodos de cuarentena.

Se han detectado factores coadyuvantes para la vulnerabilidad psicológica en este personal, las que se suman a las tensiones propias de las labores que ya realizan. Entre estos factores estarían las conductas de protección con estricto rigor que deben asumir de forma permanente durante periodos prolongados, el riesgo vital al que se ven sometidos junto con las preocupaciones por el futuro personal, familiar y los cambios en la rutina de trabajo (Arias Molina, et al., 2020; Huarcaya, 2020).

Repercusiones en el ámbito familiar: en este ámbito el personal de salud presentó ansiedad y miedo durante la pandemia, lo cual resulta congruente teniendo en cuenta la rápida propagación del virus, que muchos de los profesionales vivían con sus familias, el incremento del estigma hacia este colectivo de trabajadores, muchos de ellos tuvieron que dejar sus hogares para mantener protegidos a sus seres queridos y por el riesgo de ser estigmatizadas por la propia comunidad. Por lo cual prefirieron estar solas en sus domicilios a correr el riesgo de contagiar a sus familias o amigos (Kackin, Ciydem, Sema y Yasemin, 2020).

Repercusiones en el ámbito personal Se entiende entonces que el personal de salud con ansiedad no tiene una calidad de vida óptima y tiene serias dificultades para enfrentarse a la vida diaria, teniendo de esa forma una calidad de vida baja, que si bien ya se prevé que afectara desde sus actividades de tiempo libre hasta actividades que presenten mayor demanda (Delgado Angulo, 2020).

Depresión

Repercusiones en el ámbito laboral Aquellas personas que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios que pueden llegar a ser particularmente evidentes: la lentitud y los errores frecuentes en el trabajo, dificultades en la concentración con olvidos frecuentes,

un inadecuado cumplimiento horario, una mayor frecuencia de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad, frecuentes discusiones y enfrentamientos con los compañeros de trabajo (American Psychological Association, 2014)

La depresión puede por tanto tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva. Algunas personas con depresión tienen incluso que dejar de trabajar por completo durante cierto tiempo a causa de la gravedad de sus síntomas. Muchos, sin embargo, intentarán continuar luchando conscientes de que su rendimiento es peor del habitual (Muñoz-Retana, 2018).

Repercusiones en el ámbito psicológico Las consecuencias de la depresión pueden darse en tres grandes áreas: psicológica, física y social. La principal consecuencia es la tristeza, sensación de vacío o ganas de llorar, asimismo, además de la tristeza, se da una falta de interés por actividades que antes se disfrutaban. De la misma manera que aparece tristeza y desmotivación, puede provocar también dificultades a nivel social, disminuyendo la relación con otras personas y aumentando el aislamiento. También puede rebajar la capacidad de disfrutar de lo que uno hace en la vida, de su día a día (Hervás Pérez, 2020).

Repercusiones en el ámbito familiar En este momento, los profesionales de la salud que enfrentan en la primera línea de combate a la COVID-19 tienen una alta demanda de trabajo, una gran incertidumbre y miedo, elevada exposición al virus y al ambiente hospitalario, agravado por la estigmatización asociada a la condición de trabajador de la salud, las obligaciones familiares y la demanda de atención a las manifestaciones emocionales de los pacientes y sus familiares, se conoce que esta situación de pandemia puede desencadenar reacciones afectivas (Ramírez et al., 2020).

Repercusiones en el ámbito personal en el ámbito personal existe el abandono del aspecto propio, de la salud y del cuidado personal, estas repercusiones a largo plazo ocasionaran problemas en el ambiente en el que se desenvuelve (De Salud Psicólogos. (s.f.), 2021).

Estrés

Repercusiones en el ámbito laboral. Su estudio no solo es importante por las repercusiones en la salud y bienestar de los trabajadores, sino por los efectos que tiene en la productividad y rentabilidad hospitalaria como mal humor y descontento, baja laboral por enfermedad, prolongada más de lo necesario, deterioro de las relaciones con los jefes y compañeros por discusiones, malos tratos, disminución de la paciencia, etc., incumplimiento del horario laboral (salir antes del trabajo, llegar tarde), disminución del rendimiento en el trabajo y mayores riesgos de accidentes laborales (Huarcaya, 2020).

Repercusiones en el ámbito psicológico. De manera similar, se ha encontrado que el personal sanitario que trabaja en los centros hospitalarios también puede experimentar situaciones que pueden afectar a su salud mental (SEAS, 2020).

Es frecuente que los profesionales que intervienen en emergencias presencien muertes masivas, heridas de gravedad, situaciones en las que predomina el sufrimiento humano y en las que puede peligrar la propia integridad física del trabajador. La exposición a diferentes acontecimientos complejos y de carácter traumático puede desencadenar reacciones de estrés y diversas consecuencias a nivel psicológico (Cebrián et al., 2020)

Repercusiones en el ámbito familiar. Es el entorno más delicado como potencial causa de estrés, debido a la implicación emocional que suponen los conflictos familiares: alteraciones generales en la dinámica familiar, malas relaciones con otros familiares, alteraciones en la relación con los hijos, que puede repercutir en su desarrollo afectivo y social, alteraciones en la relación de pareja, que pueden llegar a ocasionar incluso la ruptura de esta y trastornos en la economía familiar (Arias Molina, et al., 2020; Huarcaya, 2020).

Repercusiones en el ámbito personal. Aparte de las situaciones personales que pueden actuar como agentes estresantes, hemos de tener en cuenta la personalidad del personal, ya que rasgos como el perfeccionismo, la introversión, la competitividad, la agresividad o la inseguridad le van a suponer una mayor probabilidad de padecer estrés, así como también alteraciones psicológicas y orgánicas, el aumento en el riesgo de accidentes laborales, peligro de automedicación, emociones negativas hacia sí mismos y el aumento en

el consumo de fármacos, como analgésicos, hipnóticos para dormir, para paliar los síntomas derivados del estrés (SEAS, 2020).

Burnout

Repercusiones en el ámbito laboral El síndrome de burnout tiene consecuencias directas sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad laboral, las alteraciones de la dinámica familiar y el riesgo de que los pacientes reciban cuidados de una calidad inferior a la deseada, así como los errores en la prescripción médica, con las repercusiones negativas que esto puede ocasionar (Martínez-Sánchez y Serna-Corredor, 2020).

Repercusiones en el ámbito psicológico El Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes (Verana-Quitian y Garavito-Ariza, 2015).

Repercusiones en el ámbito familiar las relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. El apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los

estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas (Arias Molina, et al., 2020; Huarcaya, 2020).

Repercusiones en el ámbito personal, Es decir, que, en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado” y consideran que ya no pueden hacer nada (Martínez-Pérez, 2010).

Alteraciones del sueño

Repercusiones en el ámbito personal. La privación de sueño puede afectar claramente el desempeño de las personas, incluida su capacidad de pensar con claridad, reaccionar con rapidez y crear recuerdos. La privación de sueño también afecta el estado de ánimo y contribuye a la irritabilidad, los problemas de relacionamiento. La privación de sueño también puede aumentar la ansiedad (Navarro-Escriva ,2018).

Repercusiones en el ámbito psicológico A nivel psicológico, la ausencia de un descanso correcto puede provocarnos cambios del estado de ánimo, que pueden ir de la tristeza a la irritabilidad o la depresión. También es habitual que aumente el nivel de estrés, que puede acabar materializándose en alguna patología psicológica (INSPIRA, 2020).

Repercusiones en el ámbito familiar Este déficit de atención podría tener repercusiones negativas en la vida de una persona, pues aumenta su distraibilidad y pérdida de reflejos, lo que podría resultar en un accidente.

Insomnio puede generar complicaciones en el ámbito sexual (como pareja), esta fatiga se suma a una pérdida de interés y debilidad generalizada que se representa con una constante sensación de malestar emocional afectando su relación y comunicación con los miembros de su familia (Navarro-Escrivá ,2018).

Repercusiones en el ámbito laboral. Ese retardo en dormir favorece la presencia de pensamientos intrusivos, relacionados con los efectos que tendrá al día siguiente el no haber podido descansar. La falta de "combustible" natural, es la causa principal para que en ese nuevo día laboral se tenga dificultad a la hora de mantener la atención y concentración, algo

que puede provocar un despiste o error y causar un accidente. También genera irritación, un estado de ánimo con el que será difícil llegar a comunicar un mensaje de forma adecuada. De igual manera, ese sobre esfuerzo que se hace, puede llegar a generar un bajo estado de ánimo, y que dificulte la toma de decisiones o la asunción de responsabilidades (INSPIRA, 2020).

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

Se puede inferir que los factores psicosociales tienen una estrecha relación con las enfermedades de la salud mental. El estar enfermo tanto físicamente como mental, es un puente entre las esferas familiares, sociales, laborales, que son las tareas e interacciones (Verana-Quitian y Garavito-Ariza, 2015).

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica (IP) es el concepto central de la terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy [ACT]), y se define 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, en otras palabras, se trata de un proceso de regulación del comportamiento, consistente en evitar y/o escapar de experiencias privadas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones, etc.) que se experimentan como aversivas, incluso cuando hacerlo conlleva comportarse de manera incompatible con los propios valores y metas de uno mismo (Delgado et al, 2020).

La flexibilidad psicológica ha sido relacionada con diversos indicadores positivos en individuos con problemas de salud mental y enfermedades crónicas, y ha sido identificada como un importante mecanismo de cambio psicoterapéutico. La inflexibilidad psicológica dificulta el funcionamiento normal y adaptado y es uno de los factores más precipitan o intensifican el sufrimiento (Servían-Franco, 2020).

1.3.2 Soledad y Apoyo sociales

Conforme a lo esperado, si bien soledad y apoyo social son dos constructos relacionados, designan realidades diferentes, la soledad hace referencia fundamentalmente a las relaciones de las personas y en este sentido los aspectos que cobran mayor relevancia

serían aquellos relativos a la identidad de quienes participan en tales relaciones, el grado de intimidad logrado, las características propias de la relación existente, las expectativas, etc., así como la valoración subjetiva que la persona hace de la misma (su importancia) y la satisfacción que de ella se deriva (Exposito y Moya, 1999).

Estos factores pueden influir en la evaluación final que lleva a un individuo a percibir que sus relaciones sociales (o una relación en particular) son satisfactorias y/o suministradoras de apoyo social o, por el contrario, insatisfactorias, por no haber cumplido las expectativas generadas, ya se refiera a la cantidad de relaciones o a la calidad. En cambio, el apoyo social hace referencia a las transacciones sociales, centrándose más en los aspectos cuantitativos y objetivos de las relaciones que las personas mantienen y en las que cobra mayor relevancia el fin último de la interacción, esto es, uno espera recibir de los demás (familia, amigos, pareja o profesionales en general) el apoyo que necesita en un momento dado (apoyo de tipo informativo, tangible, emocional o empático). Se trataría por tanto de una mera transacción que tiene lugar entre dos o más personas y en la que, habitualmente, las características de la relación y las personas implicadas en ella desempeñan un papel más secundario (Universidad Deusto. (s.f.).)

En línea con lo que se acaba de decir, las correlaciones obtenidas entre soledad y AS, aunque significativas, han sido de magnitud moderada, lo que sugiere que se trata de dos constructos diferentes, aunque relacionados. Las personas que más solas decían sentirse eran aquellas que habían recibido menos apoyo social y que estaban menos satisfechos con el AS recibido (Exposito y Moya, 1999).

El aislamiento social y la soledad están relacionados con un mayor riesgo de tener una mala salud mental y una salud cardiovascular deficiente, así como otros problemas de salud. Otros estudios han demostrado los beneficios de una red de apoyo social, que incluyen los siguientes: mejorar la capacidad de lidiar con situaciones estresan, aliviar los efectos de la angustia emocional, promover la buena salud mental durante toda la vida, mejorar la autoestima, disminuir los riesgos cardiovasculares, como disminuir la presión arterial,

promover las conductas de un estilo de vida saludable, fomentar el cumplimiento de un plan de tratamiento y cultivar una red de apoyo social (Mayo Clinic, 2021).

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

Son las diferentes formas como las personas se enfrentan a sucesos estresantes. El afrontamiento se refiere, de forma general, a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas a manejar situaciones difíciles. Involucra aquellos procesos cognitivos, emocionales y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona (Arrogante, 2016).

Por lo que respecta específicamente a las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales ante situaciones estresantes en su práctica clínica habitual, las principales revisiones e investigaciones internacionales llevadas a cabo han demostrado que las estrategias más empleadas por los mismos son: la solución de problemas (mediante la planificación de la solución ante la situación estresante), la búsqueda de apoyo social (entre sus propios compañeros de trabajo y/o amigos), la regulación emocional (a través del autocontrol de las propias emociones), y la reestructuración cognitiva (mediante la reevaluación positiva de la situación estresante) (Delgado et al, 2020).

Aunque estas estrategias de afrontamiento se pueden considerar dentro del afrontamiento de compromiso y, por lo tanto, como adaptativas, sugieren que no importa tanto el carácter activo o pasivo de una estrategia mientras esta resulte ser útil y beneficiosa para resolver exitosamente una situación estresante (Verana-Quitian y Garavito-Ariza, 2015)

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

En la atención a la pandemia por COVID-19, el personal de salud enfrenta muchos retos. Desde el inicio, el personal de salud de los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha estado como primera línea de atención, expuesto a circunstancias extremas para desempeñar su trabajo, a mayor riesgo de infección, largas jornadas laborales, en muchos casos sin el equipo apropiado y enfrentando angustia, fatiga, agotamiento ocupacional,

incertidumbre, dilemas éticos e inusualmente, estigma, que se manifiesta en violencia física y psicológica por parte de la población (Guerrero, 2020)

Precariedad

La región tiene escasez de personal de salud y ante la pandemia, esta necesidad se ha exacerbado. La velocidad en el incremento del número de pacientes detonó medidas urgentes para equilibrar la capacidad de oferta de los servicios. La insuficiencia de personal de salud ha sido tangible, no únicamente en términos de cantidad, también de sus competencias (Vinueza-Veloz et al., 2020).

Escasez de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva.

"La escasez de estos especialistas motivó que médicos de otras especialidades o sin especialidad fuesen capacitados apresuradamente a través de cursos rápidos o en línea para complementar el déficit, esta medida es una solución parcial pues para brindar atención en terapia intensiva es necesario contar con una subespecialidad que requiere entrenamiento riguroso (Torre et al, 2020).

Las principales herramientas del personal para atender la pandemia, además de su inquebrantable vocación de servicio han sido: capacitación para la higiene personal y equipo de protección personal (mascarillas, caretas, goles, guantes), entrenamiento para la identificación y el manejo de muestras, casos, contactos y uso de equipo médico como respiradores, monitores (Trujillo, 2020).

Sin embargo, estos son solo los elementos básicos indispensables para trabajar; en la práctica se requieren más herramientas y apoyos, por ejemplo, atención a su salud mental, certidumbre laboral y protocolos definidos de atención. Profesionales de salud en 20 países de LAC han manifestado escasez de infraestructura, equipo de protección personal y falta de apoyo (Serván-Franco, 2020).

Los dilemas éticos

El dilema ético de los médicos es manifiesto al tener que tomar la decisión de que pacientes se deben tamizar, atender o priorizar en un contexto de escasez; por ejemplo, si carecen de las camas o ventiladores indispensables para el número de enfermos, es

necesario decidir a quién atender. Las circunstancias extremas de la pandemia colocan a los médicos en situaciones que están fuera de su control y para las cuales la toma de decisiones requiere bases éticas sólidas. En la práctica, esta situación es también resultado de los problemas éticos que existen en el ámbito de la salud pública, cuyo principal propósito es atender el bienestar colectivo (Verana-Quitian y Garavito-Ariza, 2015).

Desde el inicio, el personal de salud de los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha estado como primera línea de atención, expuesto a circunstancias extremas para desempeñar su trabajo, a mayor riesgo de infección, largas jornadas laborales, en muchos casos sin el equipo apropiado y enfrentando angustia, fatiga, agotamiento ocupacional, incertidumbre, dilemas éticos e inusualmente, estigma, que se manifiesta en violencia física y psicológica por parte de la población (Guerrero, 2020)

La escasez de estos especialistas motivó que médicos de otras especialidades o sin especialidad fuesen capacitados apresuradamente a través de cursos rápidos o en línea para complementar el déficit. Esta medida es una solución parcial pues para brindar atención en terapia intensiva es necesario contar con una subespecialidad que requiere entrenamiento riguroso, adicionalmente, para subsanar la escasez, algunos países, como en México, Colombia, Perú, Guyana y Trinidad y Tobago, entre otros, iniciaron la contratación de personal de salud, incluso jubilados, para trabajar de forma temporal en el sector público (Mayo Clinic, 2021).

Las principales herramientas del personal para atender la pandemia, además de su inquebrantable vocación de servicio han sido la capacitación para la higiene personal y equipo de protección personal (mascarillas, caretas, goles, guantes), el entrenamiento para la identificación y el manejo de muestras, casos, contactos y uso de equipo médico como respiradores, monitores (Martínez-Sánchez y Serna-Corredor, 2020).

En la práctica, esta situación es también resultado de los problemas éticos que existen en el ámbito de la salud pública, cuyo principal propósito es atender el bienestar colectivo. El sistema de salud decide la asignación de recursos, las estrategias de prevención y atención y las mejores alternativas para mitigar la pandemia, no únicamente para atender a la

población, también para responder a los requerimientos y necesidades del personal de salud (Torre et al, 2020).

Capítulo dos

METODOLOGÍA

2.1 Objetivos

General

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector Norte de la ciudad de Tena durante el año 2021

Específicos

Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra del sector Norte de la ciudad de Tena en personal sanitario.

Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra.

Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.

Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante.

Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante.

2.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra del sector Norte de la ciudad de Tena del personal sanitario?

¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?

¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante con relación a estrés, ansiedad y depresión?

¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante?

¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

2.3 Diseño de investigación

El conjunto de estrategias concebidas para llegar a la obtención de la información de este proyecto investigativo es de carácter:

No experimental: Este tipo de diseño de investigación se lo realiza sin la necesidad de manipular las variables, dentro de este diseño solo se observan los fenómenos que ocurren dentro de su ambiente para posteriormente analizarlos. (Hernández et al., 2014).

Transversal: En este diseño de investiga se analiza cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista -Lucio, 2004)

Exploratoria: Aquí se habla de una exploración inicial en un momento específico, lo que consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso (Popper, 2005)

Descriptiva: Este tipo de diseño de investigación seleccionan una serie de temas para después medir o recolectar información sobre cada una de las variables de estudio para así describir lo que se investiga Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista -Lucio, P. (2004)

Cuantitativa: En cuanto al enfoque cuantitativo, se desarrolla un plan estratégico que incluya los procedimientos y actividades que nos lleven a encontrar la respuesta a la pregunta de investigación, mientras más cuidadoso y específico sea al final tendremos mayores posibilidades de generar el conocimiento deseado (Hernández et al., 2014).

2.4 Población y muestra

La población objeto es el personal sanitario de Ecuador, los elementos del muestreo son: hospitales, clínicas, subcentros, entre otros.

La muestra de esta investigación son 47 trabajadores sanitarios, pudiendo ser estos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, psiquiatras, que hayan laborado durante el último año en entidades públicas o privadas del país, teniendo en cuenta una participación homogénea en lo posible, ya sea tanto en la edad y el género de los participantes.

Para la obtención de la muestra se remitió oficios a las distintas casas de salud lamentablemente no se obtuvo respuestas favorables, por lo cual se procedió a la recolección mediante la técnica de bola de nieve y así con ayuda de varios profesionales de la salud tanto públicos como privados se les aplicó la encuesta online, es decir se les envió el enlace de acceso para la encuesta.

2.5 Criterios de inclusión / exclusión

Criterios de inclusión

Laboralmente activos.

Aceptar y leer términos y condiciones de la encuesta en línea.

Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.

Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).

Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.

Criterios de exclusión

No aceptar participar en este estudio.

No encontrarse laborando en la institución por maternidad o enfermedad.

No cumplir con alguno de los criterios de inclusión

2.6 Instrumentos de recogida de información

Cuestionario ad hoc sociodemográfico

Es un cuestionario no estandarizado, compuesto por una serie de ítems que permiten la recolección de información sociodemográfica de los profesionales, en la cual se pueden identificar: el género, edad, nacionalidad, ciudad, zona en la que trabaja, estado civil, número de hijos, remuneración salarial, así mismo consta de datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de trabajo, tipo de institución, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turno, si la institución provee de los recursos necesarios, entre otras.

Este cuestionario sirve de referencia para contemplar los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente.

Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

Maslach y Jackson (1986) mencionan que este instrumento se utiliza para detectar y medir la existencia del estrés laboral crónico burnout en el trabajador. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala MBI-HSS plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres dimensiones:

- 1) Agotamiento emocional, puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo;
- 2) Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo;
- 3) Realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo. Es por ello por lo que, en esta escala, puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días. En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach oscila entre 0.84 a 0.89 (Maslach y Jackson, 1986).

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

El DASS 21 quedó constituido por tres dimensiones que son las siguientes: la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfóricos como la tristeza; la ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo; y el estrés descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond y Lovibond, 1995).

Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con un rango de respuesta del 0 al 3 (nada aplicable en mí, aplicable a mí en algún grado, aplicable en mí en alto grado, muy aplicable en mí). Las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de 0.73. ("Escalas

de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - SciELO”) En conjunto, los ítems que componen el DASS – 21 presentaron un alfa de 0.91 (Antúñez, Zayra, Vinet y Eugenia 2012).

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ – II) 7

Este cuestionario permite valorar la inflexibilidad psicológica de una persona. La inflexibilidad psicológica se refiere al control de rigidez emocional o eventos internos desagradables. Los ítems evalúan la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados; y, la incapacidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con acciones dirigidas por valores cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados (Bond et al. 2011). El AAQ-II se compone de siete preguntas que los participantes deben responder en una escala tipo Likert de siete puntos, en la que 1 es igual a “nunca” y 7 a “siempre”, el resto de los valores fluctúan entre ambos significados. Las puntuaciones van de 7 a 49, en las que las puntuaciones más altas indican una mayor inflexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach de este instrumento oscila entre 0.93 a 0.95 (Ortega-Jiménez et al., 2021).

Escala de Soledad (UCLA-3)

La Escala de Soledad UCLA Revisada (Loneliness Scale Revised) de la Universidad de California, tiene como objetivo evaluar la soledad o el aislamiento social percibidos a través de los factores de “intimidad con otros” y “sociabilidad”. La soledad es un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente, y el apoyo real que esta le ofrece (Vega y Bernal, 2014).

Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de Likert con un rango de respuesta del 1 al 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca; respectivamente). El coeficiente alfa obtenido en la validación al español fue igual a 0.944 (Morejón y García, 1994).

Índice de calidad de sueño (PSQI)

Este instrumento ha sido creado para medir la calidad del sueño en el individuo, está compuesto por 19 ítems, que se agrupan en 7 dimensiones: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación disfunción diurna. Se contesta con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4. Para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21. Esta escala ha presentado una consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.72 en el estudio de validación de los autores Araujo et al. (2015).

2.7 Procedimiento

En primera instancia se realiza un mapeo y revisión de la literatura para proceder con la redacción del marco teórico siendo este debidamente redactado y referenciado.

En el diseño de investigación consta de un conjunto de varias estrategias comprendidas para obtener así la información de este proyecto investigativo las cuales son de carácter: No experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y cuantitativa. En cuanto a la muestra hablamos de personal sanitario que estuvo en contacto con pacientes COVID.

La recolección de la información se la realizo en línea, se procede a la recolección por medio de la técnica de bola de nieve, debido a que no hubo la cogida ni el apoyo que se esperaba de parte de las instituciones de salud, por tal motivo la encuesta se la realiza con personas conocidas o recomendadas que cumplan con los criterios de inclusión, el consentimiento informado del participante en este caso se refleja en la misma encuesta, y para continuar deben seleccionar la opción de "He leído y acepto".

Una vez obtenida la muestra deseada se procedió a tabular, codificar los datos y se elabora las tablas de frecuencia y porcentajes de acuerdo con el formato APA. teniendo en cuenta que los porcentajes sean equivalentes al numero de respuestas y que su suma sea del 100%. Y para finalizar, se realizó un análisis bivarial de cada uno de los 5 cuestionarios que conformaban la encuesta.

Capítulo tres

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de 47 participantes, enfermeros y médicos que laboraron durante el COVID-19 en hospitales y subcentro públicos del sector Norte de la ciudad de Tena, quienes respondieron a la encuesta sociodemográfica e instrumentos psicométricos; DASS-21 para la valoración de las variables de Depresión, Ansiedad y Estrés, Cuestionario Ad-Hoc, Estrés laboral crónico de Maslach (MBI), Inventario AAQ-7, UCLA-3 y el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	23	48.9%		
	Femenino	24	51.1%		
Estado civil	Soltero/a	27	57.4%		
	Casado/unión libre	13	27.7%		
	Viudo/a	2	4.3%		
	Divorciado/a	5	10.6%		
Trabajo por turnos	SI	27	57.4%		
	No	20	42.6%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	44	93.6%		
	Tiempo parcial	3	6.4%		
Tipo de institución	Pública	37	78.7%		
	Privada	10	21.3%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		33	57	24	8
Horas de trabajo por día		8	24	4	3
Experiencia laboral		7	32	1	7

Nota: Esta tabla muestra los datos sociodemográficos y laborales más relevantes del personal sanitario

Como se puede observar en la tabla 1, el 51.1% fueron de género femenino, mientras el 48.9% masculino, en cuanto al estado civil el 57.4% indicaron estar solteros, el 27.7% casados/ unión libre, 10.6% divorciados y el 4.3% viudos, respecto al trabajo por turnos el

57.4% menciono trabajar por turnos y el 42.6% menciono no hacerlo, referente al tipo de trabajo el 93.6% aludió a que trabajaba en tiempo completo y el 6.4% trabajaba en tiempo parcial, referente al tipo de institución el 78.7% indicaron trabajar en el sector público y el 21.3% en el sector privado.

En cuando a la media de edad esta fue de 33 años; asimismo se reportó una media de 8 horas de trabajo por día y una experiencia laboral de 7 años, además, la recolección de datos presento equidad en cuanto a género, en su mayoría el personal de la salud trabaja a tiempo completo y en instituciones públicas, así también reflejo que más de la mitad de los encuestados estaban solteros.

Tabla 2

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	25	53.2%
	Medio	12	25.5%
	Alto	10	21.3%
Despersonalización	Bajo	13	27.7%
	Medio	11	23.4%
	Alto	23	48.9%
Baja realización personal	Bajo	6	12.8%
	Medio	10	21.3%
	Alto	31	66.0%

Nota: En esta tabla se observa los porcentajes resultantes de la percepción de las dimensiones de burnout

En la tabla 2, se describen las dimensiones de burnout, en relación con el agotamiento emocional el 53.2% manifestó un bajo agotamiento, seguido de un 25.5% medio y un 21.3% alto, respecto a la despersonalización el 48.9% presento una despersonalización alta, el 27.7% un nivel bajo y un 23.4% en un nivel medio, referente a la baja realización personal el 66.0% manifestó un nivel alto, el 21.3% un nivel medio y un 12.8% un nivel bajo.

Se evidencio que en la muestra de estudio existió la presencia de síntomas de burnout, ya que, en la despersonalización y la baja realización personal, se presentó porcentajes altos en la mitad o más de la mitad del personal de la salud, además, de que en

la dimensión de agotamiento emocional se obtiene un porcentaje del 46,8% entre el nivel medio y alto.

Tabla 3

Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	35	74.5%
	Moderado	11	23.4%
	Severo	1	2.1%
Ansiedad	Leve	21	44.6%
	Moderado	6	12.8%
	Severo	20	42.6%
Depresión	Leve	27	57.4%
	Moderado	16	34.0%
	Severo	4	8.5%

Nota: Esta tabla muestra que los porcentajes más altos corresponden al grado leve.

Como se puede observar en la tabla 3, el 74.5% presenta un grado leve de estrés, 23.4% moderado y el 2.1% severo, en cuanto a la ansiedad el 44.6% en un grado leve, el 42,6% severo y el 12,8% moderado, referente a la depresión se manifestó un 57.4% leve, 34.0% moderado y un 8.5% severo.

Teniendo en cuenta los resultados, se logró evidenciar que en un porcentaje de la muestra existen alteraciones que repercutieron en la salud mental de los trabajadores sanitarios encuestados.

Tabla 4

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	20.38	40.00	7.00	7.56
Percepción de soledad	4.96	8.00	3.00	1.97

Nota: En esta tabla se muestra que la media el más cercana al mínimo, tanto en inflexibilidad como en percepción.

En la tabla 4, se manifestó que en la inflexibilidad psicológica la media fue de 20.38% y un 4.96% en la percepción de soledad.

En base a los resultados el nivel de inflexibilidad psicológica es moderado, en cuanto a la percepción de soledad en esta muestra es baja.

Tabla 5

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0,0%
	Baja dificultad para dormir	27	57,45%
	Media dificultad para dormir	16	34,04%
	Alta dificultad para dormir	4	8,51%

Nota: En esta tabla se muestra un porcentaje mayor a la mitad de la muestra que presento una baja dificultad para dormir.

En cuanto a la tabla 5 referente a la calidad de sueño, el 57.45% presento una baja dificultad para dormir, el 34.04% media dificultad para dormir y el 8.51% una alta dificultad para dormir.

En la calidad de sueño se evidencio que más de la mitad de los encuestados tenían una baja dificultad para dormir y existió la presencia de una mediana y alta dificultad para dormir en un poco más de un tercio de la muestra.

3.2 Discusión de resultados

En base al primer objetivo específico relacionado a las características sociodemográficas y laborales del personal de salud se encontró que la muestra se divide en 51.1% mujeres mientras que 48.9% restante corresponde a hombres. Como plantea el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2010 en la ciudad del Tena, da a conocer que la población es de 60.880 personas, donde el 50.83% son de sexo masculino y 49.17% de sexo femenino.

En cuanto al estado civil de los participantes el 57.4% esta soltero, 27.7% casados, mientras que en comparación con los resultados del CENSO 2010 el 26.06% estaba soltero y el 24.79% casado, cabe recalcar que ya han transcurrido 12 años desde el CENSO, y que en ambos estudios el estado civil que tiene el porcentaje más alto es de las personas que se encuentran solteras. Teniendo en cuenta la investigación de Sánchez-Olivan (2019)

concuerta que al igual que en Ecuador, en España más del 50% del personal de la salud trabaja por turnos, a su vez su tipo de trabajo en casi su totalidad es de tiempo completo.

La edad promedio de la muestra es de 33 años, comprendida entre 24 a 57 años, estos datos se relacionan a la investigación realizada por Peñafiel et al. (2021), sobre el impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal sanitario en la ciudad de Cuenca, donde la edad promedio se encuentra en 32.66 años cuyas edades oscilan entre 25 a 59 años. Por otra parte, el INEC en el censo realizado en el año 2010 señaló que un 39.93% de la población total de Tena representa a la Población Económicamente Activa (PEA), mientras que el 73.33% de la población total representa a la Población en Edad de Trabajar (PET). En cuanto a las horas de trabajo por día la muestra reflejó 8 horas diarias, este resultado lo podemos contrastar con la investigación elaborada por Peñafiel et al. (2021) en la cual menciona que de 7 a 8 horas en promedio trabaja el personal sanitario.

Con base en el segundo objetivo se trata de determinar las dimensiones del burnout, se evidencio que el 48.9% del personal sanitario presentó niveles altos de despersonalización, nivel que también se mantiene alto con un 66.0% en la baja realización personal, estos datos concuerdan con Avendaño et al. (2009), cuyos resultados de un estudio descriptivo-correlacional que tuvo como objetivo identificar la presencia de burnout, destacan. La presencia de estrés laboral o burnout, siendo particularmente alta la presencia de la despersonalización y la baja realización personal.

Además, se obtuvo un 53.2%, que representa al nivel bajo y un 46,8% en el nivel medio y alto estos porcentajes corresponden a la dimensión de agotamiento emocional, un resultado similar se obtuvo en el estudio de Fernández et al. (2018), en el cual obtiene un porcentaje de 52.75% en el nivel bajo y un 47,25% en los niveles medio y alto. Los resultados han mostrado que el personal sanitario presenta altas puntuaciones en las dimensiones de burnout lo que se asocia con (tamaño de efecto intermedio – grande), lo cual genera dificultades para su desempeño laboral.

En lo referente a la percepción de la salud mental del personal de la salud, que corresponde al tercer objetivo, el estrés en un nivel severo reflejó un porcentaje bastante bajo

con un 2.1%, un resultado bastante cercano lo encontramos en el estudio descriptivo transversal de Obando Zegarra et al. (2020), en el cual sus resultados fueron de 3.2%.

La ansiedad como estado dentro del grupo de investigación resultó ser de un 44.6% del total de la muestra, lo que nos indica que 21 personas de la investigación se encuentran con un problema de ansiedad severo, y que, requieren apoyo psicológico; del mismo modo se pudo evidenciar en un estudio realizado en China por Jizheng et al. (2020), que, la tasa de ansiedad severa es de un 42,91%, a causa de que, la ansiedad conlleva a la depresión y comúnmente estos rasgos y estados crean un desequilibrio emocional.

En la última dimensión, la depresión con un 34.0% a un nivel moderado la podemos contrastar con los resultados del estudio de Sánchez- Olivan (2019) realizado al personal de enfermería en el Hospital General San Jorge de Huesca en el cual se obtuvo un 36.0% lo que representa a un 1/3 del estudio indagado.

En relación al penúltimo objetivo de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad de los trabajadores sanitarios, se obtuvo un mínimo de 7 y un máximo de 20, además de una media de 20,38 (DT=7,56) referente a la variable de inflexibilidad psicológica, lo cual sintoniza con el estudio de Aciksari y Karatepe (2020) el cual se llevó a cabo en un hospital de Estambul-Turquía, en los resultados se evidencio una media de 19.3 (DT=6.9), la misma que se encuentra entre un mínimo de 7 y un máximo de 39. De forma similar Jokić-Begć et al. (2020) realizó un estudio en el Hospital de Zagreb-Croacia donde su muestra fue de médicos y psiquiatras, los resultados obtenidos fueron; los médicos reflejaron una media de 21.2 (DT=7.11), y los psiquiatras una media de 20.5 (DT=6.34). Lo que nos conduce a que los datos resultantes de la inflexibilidad psicológica oscilan con los resultados de otros autores.

Respecto a la variable de percepción de soledad de los profesionales de la salud, se obtuvo una media de 4.96 (DT=1.97), un mínimo de 3 y un máximo de 8, datos semejantes se encontraron en la investigación de Kotera et al. (2021) realizada en Japón, con la finalidad de determinar los niveles de soledad, evidenciando que la media fue de 4.73 (DT=1.7). Además, el estudio de Debnath et al. (2021) realizado en profesionales de la salud de un

hospital de Bangladesh, resolvió que la media de la variable de percepción de soledad es de 5.74 (DT=1.91), dato encontrado, entre un mínimo de 3 y un máximo de 9.

De tal manera que, los resultados una vez más oscilan con los obtenidos otras investigaciones, a la vez que se evidencio una media con tendencia baja de percepción de soledad, siendo un aspecto favorable para los profesionales de la salud.

Y para concluir en base al último objetivo referente a la calidad de sueño del personal sanitario, se obtuvo un 42.55% entre media-alta dificultad para dormir, resultado que puede ser contrastado con el estudio realizado por Yue et al. (2021) sobre los efectos de la salud mental en la calidad del sueño del personal médico de primera línea durante el brote de COVID-19 en China, evidenciando que el 39,8% presento una mala calidad del sueño, en este caso se evidencio una diferencia de 2,75% entre los dos estudios, esta disparidad se pudo dar por diversos factores tales como, el número de muestra, la exposición del personal ante circunstancia laborales, entre otros factores.

Conclusiones

A partir de los hallazgos obtenidos se concluye que:

Con respecto a las características sociodemográficas, en cuanto a género se obtuvo una muestra prácticamente homogénea, en su mayoría solteros, con una media de edad de 33 años, en el aspecto sociolaboral la mayoría trabaja a tiempo completo, con una media de 7 años de experiencia laboral y una media de 8 horas diarias de trabajo.

En cuanto a los niveles de burnout, la dimensión de agotamiento emocional presenta un nivel bajo, pero aun así el porcentaje restante representa a los niveles medio y alto siendo un valor considerable para tomar en cuenta. En la despersonalización y en la baja realización personal se obtiene porcentajes bastante considerables que muestran niveles altos, entonces se concluye que en la muestra de estudio tenemos la presencia de burnout, que se asocia con un tamaño de efecto intermedio-alto, generando consecuencias en el desempeño laboral del personal sanitario de la ciudad de Tena.

El estado de salud mental de la muestra participante con relación a estrés obtiene resultados favorables, ya que, en su mayoría los participantes presentan un nivel leve, al igual que en la depresión más de la mitad de la muestra presenta el mismo nivel, aunque no ocurre lo mismo si se habla de ansiedad debido a que se refleja un nivel severo, con un porcentaje bastante cercano a la mitad de la muestra, pero también se obtiene un porcentaje similar en un nivel leve. En tal caso, un porcentaje aceptable de la muestra participante presenta una salud mental estable.

Referente a las variables de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, se obtiene la media con una tendencia baja o cercana al mínimo, entonces el personal de la salud en cierto grado posee control de su rigidez emocional o de ciertos eventos internos desagradables, además, de la capacidad de sobrellevar aislamiento social percibido.

Tras el análisis de la calidad de sueño, se evidencia que un poco más de la mitad de la muestra participante, refleja una baja dificultad para dormir, esto no quiere decir que se encuentran bien, ya que la dificultad para dormir está presente solo que, en un nivel bajo,

algo que se puede considerar alarmante es que en el ítem de facilidad para dormir obtuvimos un cero por ciento. Concluyendo así que la muestra de estudio no goza de una buena calidad de sueño, siendo este un factor importante para un buen desempeño laboral.

Recomendaciones

Tomando en consideración las conclusiones obtenidas en la investigación, se recomienda que:

En cuanto al burnout, recomendaría realizar estudios a los sanitarios, a nivel nacional y tomar acción, mediante la promoción de técnicas de prevención de burnout (satisfacción en el lugar de trabajo, enfoque organizacional, desarrollo de habilidades profesionales, estilo de vida saludable, etc.) además de generar una conciencia de que la exigencia de cierta forma nos hace crecer, pero exigirse más de lo que uno puede dar repercutirá en la salud psicológica.

Para aquellos sanitarios que no gozan de una buena salud mental en lo posible se tendría que evitar limitar el ambiente personal y social a lo laboral; no minimizar las señales que el cuerpo emite; aprender a pedir ayuda; mantenerse activo físicamente, evitando así el deterioro de la salud mental y sus posibles repercusiones en varios aspectos de la vida.

Para evitar posibles repercusiones se recomienda que los profesionales de la salud desarrollen herramientas y sean partícipes de intervenciones o terapias preventivas que acrecienten la flexibilidad psicológica en presencia de estrés y cansancio emocional.

En base a los resultados, se recomienda a los profesionales sanitarios cuidar y regular uno de los procesos biológicos importantes como lo es el sueño ya que atribuyen al bienestar físico y mental.

Futuras investigaciones relacionadas con esta temática deberían ampliar la muestra de forma equilibrada respecto al sexo, para minimizar los posibles sesgos y alcanzar resultados satisfactorios a nivel nacional. Siguiendo la misma línea, sería oportuno incorporar a otros profesionales de la salud que ejercen o desempeñan actividades asociadas con la atención, diagnóstico o tratamiento de los pacientes con COVID-19. Con el propósito de indagar sobre su salud mental durante la pandemia en nuestro país.

Referencias

- Aciksari, K. y Karatepe, H. (2020). *Comparación del estrés relacionado con el trabajo entre médicos de urgencias y médicos de medicina interna: un estudio transversal de un solo centro*. Revista médica de Medeniyet. 35 (1), 15-22. <https://doi.org/10.5222/MMJ.2020.06432>
- Aesthesis Psicólogos Madrid. (15 de enero 2021). *¿En qué consiste la Depresión?* Psicología Clínica. <https://bit.ly/3nDulkz>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2018). *Los distintos tipos de estrés*. APA. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>
- Arias-Molina, Y., Herrero-Solano, Y., Cabrera-Hernández, Y., Chibás- Guyat, D., & García Mederos, Y. (2020). *Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19*. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>
- Arrogante, Ó. (2016). *Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. Metas de Enfermería*, 19(10), 71-76.
- Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral. (25 de julio 2016). *¿Qué es el estrés? Causas y síntomas*. <https://bit.ly/3HB5Bqu>
- Beck, A. T., Rush, J., Brian, S., & Gary, E. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.^a ed.). Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2011). *Manual de Psicopatología Volume 2*. McGraw-Hill España. <https://library.biblioboard.com/content/0bdfb6a2-bd28-483daa2234853d548ef6>
- Campo Ezquibela, A. (2020). *Trastornos del sueño*. Clínica Universidad de Navarra. <https://bit.ly/3xepUWa>
- Carlson, N. R. (2013). *Fisiología de la conducta* (11a. Ed.). Pearson Educación. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4722089>
- Cebrián, E., Camús, D., Nácher, C., Moreno, M.I. y Sanchis, A. (2020). *Necesidad de atención psicológica en los y las profesionales del SAMU ante el estrés postraumático*. Ehquidad, 13, 37-58.
- Centro de Ergonomía Aplicada. (2022). *¿Qué son los riesgos ergonómicos? – Guía definitiva*. <https://www.cenea.eu/riesgos-ergonomicos/>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclée de Brouwer.

- Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento*. Diccionario de Asilo. <https://bit.ly/3rz9CpV>
- De Salud Psicólogos. (s.f.). 2021. *La depresión*. De Salud Psicólogos. <https://bit.ly/3Dm0aZi>
- Debnath, P., Islam., Karmakar, P., Sarker, R., Zhai, Z., y Potenza, M. (2021). *Preocupaciones de salud mental, insomnio y soledad entre los médicos internos en medio de la pandemia de COVID-19: evidencia de un gran hospital de atención terciaria en Bangladesh*. Revista Internacional de Salud Mental y Adicciones.
- Defensoría del Pueblo. (2020). *DEFENSORÍA DEL PUEBLO EXIGE PRIORIZAR LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19* (p. 1). <https://www.dpe.gob.ec/defensoria-del-pueblo-exige-priorizar-la-proteccion-del-personal-sanitario-durante-la-emergencia-por-covid-19>
- Delgado Angulo, G. D. (2020). *Ansiedad en el personal de salud* [Trabajo de investigación, Universidad Continental]. <https://bit.ly/3DyhZod>
- Delgado Domínguez, C. J., Varas García, J., Ruiz, F. J., Díaz Espejo, B., Cantón Guerrero, P., Ruiz Sánchez, E., González Jurado, N., Rincón Bello, A. y Ramos Sánchez, R. (2020). *Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis*. *Nefrología*, 40(2), 115-212. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>
- Domínguez, L. y Amador-Bedolla, C. (2020). *El origen de COVID-19: lo que se sabe, lo que se supone y (muy poquito) sobre las teorías de complot*. Educación Química. Vol. 31(2), 3-11. <https://doi.org/10.22201/fq.l8708404e.2020.2.75461>.
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga Mayor, J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). *Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles*. Revista De Psiquiatría Y Salud Mental. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). *Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa*. Medicina Clínica. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>
- Expósito, F. y Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14, 297-316. <https://doi.org/10.1174/021347499760260000>
- Gallardo Poce, I. (8 de febrero 2021). *Estrés*. Cuídate plus. <https://bit.ly/3FForLd>
- Guerrero, S. (2020). *CORONAVIRUS EN ECUADOR: UNA OPINIÓN DESDE LA ACADEMIA*. Revista de Ciencias de la Vida, 32(2), 1-4.
- Hervás Pérez, A. (4 de septiembre de 2020). *Consecuencias de una depresión no tratada*. Psicólogos Animaes. <https://bit.ly/3Dnffdd>
<https://doi.org/10.17163/lgr.n32.2020.10>

- Huarcaya, V. J. (2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. <https://bit.ly/3li8Wev>
- INSPIRA. (15 de julio de 2020). *Las consecuencias de no dormir bien*. INSPIRA. <https://bit.ly/3lvEYd2>
- Jizheng, H., Mingfeng, H., Tengda, L. et al. (2020). *Encuesta de salud mental del personal médico de la neumonía por coronavirus de nuevo tipo en hospitales de admisión designados*. Revista China de Salud Ocupacional y Enfermedades Profesionales. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>
- Jokić-Begć, N., Lauri-Korajlija, A., y Begić, D. (2020). *Salud mental de psiquiatras y médicos de otras especialidades en la pandemia temprana de COVID-19: factores de riesgo y protectores*. Psiquiatría Danubina. 32(3-4), 536-548.
- Juárez, A. (20 de febrero de 2020). *La ansiedad: Como afecta el trabajo y nuestros resultados*. Mente Diamante. <https://bit.ly/32R5RBL>
- Kackin, O., Ciydem, E., Sema, O. y Yasemin, F. (2020). *Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study*. International Journal of Social Psychiatric, 1-10.
- Kotera, Y., Ozaki, A., Miyatake, H., Tsunetoshi, C., Nishikawa, Y., y Tanimoto, T. (2021). *Mental health of medical workers in Japan during COVID-19: Relationships with loneliness, hope and self-compassion*. Current Psychology. 40(12), 6271-6274. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01514-z>
- Lahuerta, P. B., Simón, J., Sánchez Moreno, A. y Matachana Falagán, M. (2017). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. McGraw Hill.
- López Izurieta & López Izurieta. (2021). *LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19*. Enfermería Investiga, 6(1), 47 - 50. <https://doi:10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021>
- Martínez Pérez, A. (2010). *EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN*. Vivat Academia. (112), 42-80. <https://bit.ly/32Z2nNN>
- Martínez Sánchez, L. M. y Serna Corredor, D. S. (2020). *Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento*. Correo Científico Médico, 24(1). <https://bit.ly/3IAvLAj>
- Mayo Clinic. (11 de noviembre de 2021). *Trastornos de ansiedad*. Mayo Clinic. <https://mayoclinic.in/3FEJi1A>
- Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, C., Riaño-Garzón, M., Bermudez, V. (2020). *Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>

- Mingote Adán, C., & Pérez García, S. (2013). *Estrés en la enfermería el cuidado del cuidador*. <http://0-site.ebrary.com.fama.us.es/lib/unisev/Doc?id=10862887>
- Montenegro, B., & Yumiseva, S. (2016). *APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE JULIO-AGOSTO DEL 2016*. Pontifica Universidad Católica del Ecuador.
- Muñoz Retana, C. (4 de octubre de 2018). *Depresión en el Trabajo*. Geo Salud. <https://bit.ly/3pm3yyp>
- Navarro Escrivá, R. (16 de marzo de 2018). *Trastornos del sueño: causas y consecuencias*. Mifarma. <https://bit.ly/3pnQs3t>
- NICHHD. (9 de julio de 2018). *¿Cómo afecta al organismo la privación de sueño?* Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. <https://bit.ly/300u6fY>
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J., Aliaga Sánchez, R., & Obando Zegarra, M. (2020). *Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19*. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962020000300008&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (10 de noviembre de 2020). *Información básica sobre la COVID-19*. <https://bit.ly/3oDcezR>.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://bit.ly/3oMhKk1>
- Ortega-Jiménez, D. (2021). *Prácticum 4.2 Trabajo de Integración Curricular-Proyecto de Investigación*. Loja: Editorial Universidad Técnica Particular de Loja – Ediloja
- Peñafiel, L., Ramírez, C., Mesa, C., & Martínez, S. (2021). *Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>
- Pérez Cuevas, R. y Doubova, S. (mayo de 18 de 2020). *Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia*. *Gente Saludable*. <https://bit.ly/31mMFex>
- Ramírez Ortiz, J., Castro Quintero, D., Lerma Córdoba, C., Yela Ceballos, F. y Escobar Córdoba, F. (2020). *Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4), 1-8. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ribot Reyes, V. C., Chang Paredes, N., y González Castillo, A. L. (2020). *Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(Supl. 1), e3307. <https://bit.ly/3kPx114>

- Sanz Ramos, M. (26 de julio de 2018). *¿Cómo afecta el sueño a la salud y el rendimiento en el trabajo?* Quirón Prevención. <https://bit.ly/3EEInPm>
- Segovia Piguabe, M. M. (2021). Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente de Covid 19. Jipijapa. UNESUM. <https://bit.ly/3CFL6oO4>
- Servián Franco, F. (14 de julio de 2020). *Inflexibilidad psicológica y depresión: ¿cuál es su relación?* La mente es maravillosa. <https://bit.ly/3okrjal>
- Sevilla Martínez, M., & Sánchez-Monge, M. (17 de mayo de 2021). *Síndrome de burnout. Cuidate plus.* <https://bit.ly/3Cz2pYQ>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (26 de abril de 2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario.* <https://bit.ly/30BUi0Q>
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (1 de junio de 2020). *Ansiedad y Estrés.* Vol. 27 (1). <https://bit.ly/3oQUtNO>
- Torre-Muñoz, V., Farias-Cortés, J.D., Reyes-Vallejo, L.A., Guillen-Díaz-Barriga, C. (2020). *Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19.* 80(3), 1-9
- Trujillo, Y. (2020). *Médicos, enfermeros y más trabajadores de hospitales sufren trastornos de sueño y ansiedad en la emergencia sanitaria.* <https://www.elcomercio.com/actualidad/personal-salud-trastornos-emergencia-sanitaria.htm>
- Universidad Deusto. (s.f.). *El apoyo social El apoyo social.* <https://bit.ly/3dfwNgz>
- Valiente-Barroso, C., Sáiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R., & Martínez-Vicente, M. (2021). *Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19.* APUNTES DE PSICOLOGÍA, 38(3),149–158. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/821>
- Verano Quitian, R. A. y Garavito Ariza, C. (2015). *Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales.* Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología, 8(24), 30-37.
- Yue, L., Zhao, R., Xia, Q., Zhou, Y., Yu, J., & Meng, X. (2021). *The effect of mental health on sleep quality of front-line medical staff during the COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253753>
- Popper. K. (2005.) *La lógica de la investigación científica.* Barcelona: Círculo de Lectores; España.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista -Lucio, P. (2004) *Metodología de la Investigación.*

Apéndice

Apéndice A. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO

INFORMADO

INFORMACIÓN GENERAL

Estimado/a,

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación

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

Usted no incurrirá en ningún gasto.

Riesgos y molestias

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

Confidencialidad de los datos

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

Participación voluntaria

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

He leído y acepto.

Acepto (firma) _____

No acepto _____

Apéndice B. INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN

Cuestionario sociodemográfico y laboral

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

Género: Masculino Femenino Otro

Ciudad de trabajo: _____

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

Nacionalidad: _____

Estado civil: soltero casado/unión libre viudo divorciado

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

Profesión: _____

Tipo de contrato: nombramiento permanente nombramiento provisional
libre nombramiento y remoción servicios ocasionales
Otro

Horas que trabaja diariamente: _____ **Trabaja usted en turno:** Sí__ No__

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

Título: _____

Tiempo de experiencia laboral: ____ años ____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Tipo de institución: pública privada

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

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

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

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

Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

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

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

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

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

Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

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

0= Nada aplicable en mí

1= Aplicable a mí en algún grado

2= Aplicable en mí en alto grado

3= Muy aplicable en mí

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

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II)

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

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

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

Escala de Soledad (UCLA-3)

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

1= A menudo

2= Con frecuencia

3= Raramente

4= Nunca

Con qué frecuencia...

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

Índice de calidad de sueño (PSQI)

Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de 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 del número de horas que estuvo acostado)

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

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

1= no me ha ocurrido

2= menos de una vez a la semana

3= una o dos veces a la semana

4= tres o más veces a la semana

a.No poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo.	1	2	3	4
b.Despertarse en mitad de la noche o de madrugada.	1	2	3	4
c.Tener que ir al baño.	1	2	3	4
d.No poder respirar adecuadamente.	1	2	3	4

e.Tos o ronquidos.	1	2	3	4
f.Sensación de frío.	1	2	3	4
g.Sensación de calor.	1	2	3	4
h.Pesadillas.	1	2	3	4
i. Sentir dolor.	1	2	3	4

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

 muy buena
 bastante buena

muy mala
 bastante mala

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

No me ha ocurrido durante el último mes. Una o dos veces a la semana.
 Menos de una vez a la semana. Tres o más veces a la semana.

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

No me ha ocurrido durante el último mes. Una o dos veces a la semana.
 Menos de una vez a la semana. Tres o más veces a la semana.

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

No me ha resultado problemático en absoluto.	<input type="checkbox"/>	Moderadamente problemático.	<input type="checkbox"/>
Solo ligeramente problemático.	<input type="checkbox"/>	Muy problemático.	<input type="checkbox"/>

9. **¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?**

No tengo.	<input type="checkbox"/>	Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama.	<input type="checkbox"/>
Sí tengo, pero duerme en otra habitación.	<input type="checkbox"/>	Sí tengo y duerme en la misma cama.	<input type="checkbox"/>

10. **En una escala de 1 a 10, ¿puede mencionar qué nivel de cansancio siente al despertar?**

1significa nada cansado y **10** extremadamente cansado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----