



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,  
EDUCACION Y HUMANIDADES  
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**Salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia  
de COVID 19 en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia  
de Los Ríos, durante el año 2021.**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**Autor:** González Dávila, Silvia Graciela

**Director:** Andrade Mejía , Diego Segundo

MILAGRO

2022



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

2022

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 18 de Octubre de 2022

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 de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021. realizado por Silvia Graciela González Dávila 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,

Mgr. Diego Segundo Andrade Mejía

C.I.: 1103782411

Correo electrónico:

dsandrade62@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, González Dávila Silvia Graciela, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021, de la carrera de, Psicología específicamente de los contenidos comprendidos en: , Capítulo 1. Marco teórico CODID 19, Metodología de la investigación, Capítulo 3. Resultados y discusión, Capítulo 4. Conclusiones y Recomendaciones, siendo el Mgtr. Diego Segundo Andrade Mejía director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

Silvia Graciela González Dávila

C.I.:0916573710

Correo electrónico: silviagonzalezdavila5660@gmail.com

### **Dedicatoria**

El presente trabajo de titulación lo dedico a mi esposo Cesar y a mi hijo Cesar Rafael, el motor de mi vida, quienes con su amor y comprensión me dieron fuerzas para continuar y cumplir una meta más. A mis padres, que aunque ya no me acompañen físicamente, sus consejos quedaron grabados en mi mente y corazón, gracias a ellos tengo la fortaleza y tenacidad para enfrentarme a los grandes desafíos que se presentan en la vida.

## **Agradecimiento**

A Dios, le agradezco por darme la oportunidad de vivir y permitir concluir con éxito este trabajo y esta etapa de mi vida, a la Universidad Técnica Particular de Loja por ser una entidad educativa de excelencia y con sus enseñanzas me ha hecho crecer como un profesional que contribuirá con sus conocimientos a la sociedad.

A mis maestros por compartir sus conocimientos, a mis compañeros que con experiencias contribuyeron a mi formación durante sus clases.

A mi tutor, por ser excelente profesional, sobre todo con calidad humana un total agradecimiento por su paciencia y sus acertados consejos que permitieron pulir y sacar adelante este trabajo, Gracias a todos.

## Índice del contenido

<b>Caratula.....</b>	<b>I</b>
<b>Aprobación del director del trabajo de integración curricular.....</b>	<b>II</b>
<b>Declaración de autoría y cesión de derechos.....</b>	<b>III</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>IV</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>V</b>
<b>Índice del contenido.....</b>	<b>VI</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo uno.....</b>	<b>6</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 COVID 19.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Reseña histórica de la pandemia.....	6
1.1.2 Consecuencias de COVID 19.....	9
1.1.3 COVID 19 en Ecuador.....	13
1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones.....	16
<b>1.2 Afectaciones a la Salud mental.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Salud mental.....	18
1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios.....	24
<b>1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental.....</b>	<b>28</b>
1.3.1 Inflexibilidad psicológica.....	28
1.3.2 Soledad y Apoyo social.....	29
1.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	30
1.3.4 Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la Salud.....	31
<b>Capítulo dos.....</b>	<b>34</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>34</b>
2.1 Objetivos.....	34
2.2 Preguntas de investigación.....	34
2.3 Diseño de investigación.....	35
2.3.1 Población y muestra.....	36
2.4 Criterios de inclusión y de exclusión.....	36
2.5 Instrumentos de recogida de información.....	37
2.6 Procedimiento.....	41
<b>Capitulo tres.....</b>	<b>43</b>
<b>Análisis de resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>47</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>52</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>53</b>
<b>Referencias bibliograficas.....</b>	<b>55</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>65</b>
Apéndice 1: Documento de información general y consentimiento informado.....	65
Apéndice 2: Instrumentos de aplicación.....	68

**Índice de tablas**

<b>Tabla 1.....</b>	<b>43</b>
<b>Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>44</b>
<b>Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>45</b>
<b>Percepción de la salud mental del personal de salud.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>45</b>
<b>Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabla 5.....</b>	<b>46</b>
<b>Calidad de sueño del personal de salud.....</b>	<b>46</b>

## Resumen

El COVID-19 trajo consigo afectaciones sociales, económicas y laborales, pero sin duda, la mayor incidencia fue al sector de la salud; donde los profesionales sanitarios vieron comprometido su bienestar psicosocial. Este estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, exploratorio y de corte transversal con diseño no experimental, enfocado en la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021.

La muestra fue de 40 trabajadores de la salud (médicos, enfermeros/as, administrativos). Los instrumentos para la recolección de datos fueron: Cuestionario ad hoc Sociodemográfico y Laboral, Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ - II), Escala de Soledad (UCLA-3) y Escala de Calidad de Sueño (PSQI).

Los resultados fueron: leves afectaciones en la calidad del sueño, estrés, ansiedad, depresión e inflexibilidad psicológica, bajo agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y estados leves de percepción de soledad, en consecuencia, la afectación de la salud mental de los trabajadores estudiados es relativamente baja.

*Palabras claves:* salud mental, trabajadores sanitarios, COVID-19.

### **Abstract**

COVID-19 brought with it social, economic and labor effects, but without a doubt, the greatest incidence was in the health sector; these professionals are silent victims with serious consequences for their psychosocial well-being. This study has a descriptive, exploratory and cross-sectional quantitative approach with a non-experimental design, on the mental health of health workers during the COVID 19 pandemic in the southern sector of the Babahoyo canton, Los Ríos province, during the year 2021.

The sample consisted of 40 health workers (doctors, nurses, administrative staff). The instruments for data collection were: Ad hoc Sociodemographic and Occupational Questionnaire, Chronic Work Stress Inventory (MBI-HSS), Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21), Action Acceptance Questionnaire (AAQ - II), Loneliness Scale (UCLA-3) and Sleep Quality Scale (PSQI).

The results were: slight affectations in the quality of sleep, stress, anxiety, depression and psychological inflexibility, low emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment and mild states of perception of loneliness, consequently, the affectation of the mental health of the workers studied. it is relatively low.

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

## Introducción

El COVID-19 trajo consigo afectaciones en sectores sociales, económicos, laborales, entre otros, pero su mayor incidencia fue en el sector de la salud. Los profesionales médicos se vieron afectados psicológicamente por la exposición directa a esta enfermedad, las prolongadas jornadas laborales que condujeron al deterioro físico y mental, factores que desencadenaron el desarrollo de estados de ansiedad, depresión, insomnio, agregándose a esto, afectaciones etarias propias, que inclusive perturbaron las relaciones interpersonales, como también incidieron factores como: escasa capacitación, exceso de pacientes contagiados, miedos al contagio, entre otros.

Todo esto repercutió en la salud de los funcionarios, transformándose en una problemática social, la cual pasó desapercibida, a pesar de que, es de mucha importancia salvaguardar el estado de salud psicológica de los profesionales que trabajaron en la primera línea de defensa contra la COVID-19. Algunos estudios realizados en China, corroboran la existencia de la afectación en la salud mental de los funcionarios de la salud. Estos, se presentan a continuación:

El estudio de (Wang et al., 2020) encontró que, en la población general, el 16,5% mostraron síntomas depresivos con niveles entre moderados a graves; 28,8% presentaron síntomas de ansiedad con niveles entre moderados a graves y 8,1% tenían estrés con niveles entre moderado a severo. Por su parte Civantos et al. (2020) determinó el burnout asociado a otras variables como ansiedad, angustia y depresión. Encontró en los médicos, ansiedad, angustia, agotamiento y depresión en 167 (47,9%), 210 (60,2%), 76 (21,8%) y 37 (10,6%) respectivamente.

Los desafíos para poder responder a la emergencia, el caos de un sistema de salud colapsado, se transformó en un problema de gran magnitud, causó paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido, ya que, debido a la situación de emergencia mundial este grupo poblacional de profesionales fueron víctimas silenciosas con graves consecuencias en su bienestar psicosocial.

Por lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo general: determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19, en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021, y por medio de, cinco objetivos específicos se facilitará la indagación de todas las variables de esta investigación y de esta manera se dará respuesta a las preguntas de investigación planteadas.

Entre las variables que se analizaron están: los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP); la salud mental en las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión; el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad; y, por último, la calidad de sueño del personal de la salud estudiado.

Para el desarrollo de este trabajo, no hubo mayores inconvenientes, porque existió la disposición y colaboración del personal administrativo con los permisos y la distribución de la encuesta por medios electrónicos, así como también, la buena predisposición del personal sanitario para responder las encuestas.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo exploratorio y de corte transversal con diseño no experimental. Se utilizó instrumentos tipo encuesta para la obtención de datos del personal de la salud estudiado, que son: 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). La población estuvo conformada por el personal sanitario del cantón Babahoyo, con una muestra de 40 personas, escogidas a través de un criterio de accesibilidad-accidental y no probabilística.

Los contenidos por capítulos del presente trabajo se describen a continuación: Capítulo 1. Marco teórico: El COVID 19, repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios, variables psicosociales relacionadas a la salud mental. Capítulo 2. Metodología: Objetivos, preguntas de investigación, diseño de investigación, criterios de inclusión y de

exclusión, Instrumentos de recogida de información, Procedimiento. Capítulo 3. Análisis de Resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Cabe mencionar que, este trabajo de investigación presentará aportes relevantes a beneficio de la comunidad en general y de manera específica para los funcionarios de la salud; mencionamos algunos aspectos a continuación: Conocer el estado de salud mental y las afectaciones psicológicas o secuelas existentes en los trabajadores de la salud de la muestra. En general, de los datos recolectados se analizará las variables y se podría traspolar a otros contextos en nuevos estudios del mismo investigador y/u otros psicólogos. Facilitará la creación de programas de intervención para el tratamiento de los efectos de las dimensiones del síndrome de burnout y el estado de salud mental, grado de inflexibilidad psicológica y de percepción de soledad, como también la calidad del sueño.

## **Capítulo uno.**

### **Marco teórico**

#### **1.1 COVID 19**

El coronavirus (COVID 19) es una enfermedad infecciosa viral ocasionada por el virus SARS-CoV-2, que causan infecciones respiratorias desde el resfriado común hasta complicaciones de síndrome respiratorio severo, esta enfermedad era desconocida hasta que estalló el brote en Wuhan China (Sánchez y Carreño, 2020).

##### **1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia***

Durante el 18 y el 29 de diciembre del 2019, se reportaron los primeros cinco casos de coronavirus en Wuhan, una localidad de China, quienes en su mayoría aseguraron tener relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei en Wuhan, cuatro de estos pacientes fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo y uno de estos pacientes falleció, no existiendo evidencia clara de transmisión persona a persona (Chilan-Galarza et al., 2020).

El 2 de enero, un total de 41 pacientes habían sido hospitalizados y sólo uno ellos que presentaba patologías preexistentes serias, había fallecido, mientras que, para el 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron que habían identificado un nuevo tipo de coronavirus que se nombró COVID – 19, de forma científica, aunque otros posibles patógenos fueron descartados, incluyendo el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y el adenovirus; a partir de este momento las autoridades a nivel mundial supieron que enfrentaban una nueva amenaza (Ballesteros et al., 2022).

Para el 12 de enero del 2020, no se habían reportado más casos relacionados y se asumió que el centro de propagación había sido el mercado ya cerrado, o que posiblemente se habían contagiado en el hospital (infección nosocomial), (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Se le asignó a la enfermedad el nombre de COVID-19, causada por el 2019-

nCoV, y se pensó erróneamente que no era altamente contagioso, ya que no había registro de infección persona a persona, concluyendo que la transmisión era por vías desconocidas durante la estadía hospitalaria (Mora Valdez, 2021).

Para ese momento, solo se había realizado pruebas a las personas que presentaban sintomatología, luego de tan solo diez días después, un total de 571 casos habían sido reportados en 25 diferentes provincias en toda China, mientras que en la provincia de Hubei las muertes habían alcanzado a 17, y se mantenían 95 pacientes en estado crítico (OMS, 2020). Se realizó un estimado según el Modelo de Enfermedades Infectocontagiosas del Centro de Colaboración de la OMS y la proyección alcanzaba a 4.000 posibles contagiados, pudiendo llegar a casi 10.000 (Jarrín Muñoz y Reinoso Salguero, 2021).

A partir de ahí, el número de pacientes contagiados fue aumentando exponencialmente en China continental, y para el 30 de enero del 2020 se habían reportado 9.692 casos en toda China y 90 casos en diferentes países incluyendo Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania (Anchundia Mero, 2020).

El primer reporte de caso en el continente americano surgió el 19 de enero 2020 en el estado de Washington, en Estados Unidos; un paciente masculino de 35 años de edad, con una historia de tos y fiebre, acudió a un centro de salud solicitando atención médica, en sus antecedentes estaba un viaje de visita familiar a Wuhan, China (OMS, 2020). Asimismo, el 24 de enero se reportó el primer caso de COVID-19 en Europa, específicamente en Bordeaux, Francia, de una paciente con historia reciente de haber visitado China (Mora Valdez, 2021).

El 26 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud de Brasil, reporta el primer caso de COVID-19 en Suramérica; un hombre de 61 años de São Paulo, con historia reciente de viaje a Lombardía, Italia, presentó síntomas leves y fue sometido a cuarentena (Llumipanta, 2020).

El 11 de marzo, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud declara que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2, es considerada una pandemia (OMS, 2020).

Aún se desconocen muchos detalles relacionados con la infección por COVID-19, lo que está claro es que se trata de un virus enormemente contagioso, entre las personas con alto riesgo de contraer la infección por COVID-19, se incluyen las que tienen contacto cercano con una persona sintomática que tiene infección confirmada por laboratorio, y que no usa las precauciones recomendadas ni guarda el distanciamiento (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2020a). El COVID-19 se transmite de persona a persona por la vía de gotas de origen respiratorio que produce una persona infectada cuando tose o estornuda (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

También es posible el contacto con personas sintomáticas, pero se piensa que no es una ruta primaria de transmisión; se ha visto que las personas infectadas son más contagiosas cuando están más sintomáticas, si bien alguna diseminación puede ser posible antes de presentar síntomas (OMS, 2020). Datos de Wuhan, muestran que COVID-19 tiene un periodo medio de incubación de 5.2 días y que cada caso transmite la infección a un promedio de otras 2,2 personas (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2020a).

De acuerdo con la OMS (2020), COVID - 19 es un grupo de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como neumonía, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Cabe destacar que la cepa de coronavirus (2019-nCoV) que ha causado el brote en China es nueva y no se conocía previamente.

Los síntomas más comunes incluyen fiebre y tos, la dificultad respiratoria es más característica de neumonía; en cuanto a características de laboratorio, se describe que la linfopenia puede ser común en pacientes con neumonía por COVID-19 (OPS, 2020). Con relación a los estudios de imágenes la radiografía de tórax suele ser anodina pudiendo variar entre normal a mostrar signos de relleno alveolar, derrame pleural, etc. (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2020a). La tomografía axial computada (TAC) suele mostrar opacidades en vidrio esmerilado bilaterales, de predominio periférico, sin embargo, las imágenes de la TAC varían según la fase de evolución de la neumonía por COVID-19 (Martínez, 2021).

En pacientes con sospecha de infección por COVID-19 el manejo inicial depende de la severidad de la enfermedad, tal como menciona la OPS (2020), este comienza con oxígeno suplementario, uso restrictivo de fluidos y administración de antimicrobianos empíricos por una eventual coinfección bacteriana. Se desaconseja la administración de corticoide; los pacientes sintomáticos respiratorios deben ser aislados y estrechamente monitoreados debido a la posibilidad de progresión rápida y fulminante de la falla respiratoria, que suele acompañarse de signos y síntomas de sepsis. Se describe también en pacientes jóvenes cuadros de disfunción cardíaca severa que son de rápida evolución y generalmente fatales.

La mayoría de estos pacientes permanecieron con ventilación mecánica por 15 días al menos, lo que impuso una sobrecarga enorme en los sistemas de salud por varias razones: el manejo ventilatorio de estos pacientes fue logísticamente complejo, dada la extrema rigurosidad que hubo que cumplir con las precauciones de contacto y aislamiento respiratorio, el cuidado que debió tenerse con procedimientos que generen sobrecarga en las áreas de emergencia, partiendo desde la intubación orotraqueal hasta maniobras de aspiración, etc., y los desafíos que representaron manejar pacientes en estado crítico (OMS, 2020).

### **1.1.2 Consecuencias de COVID 19**

La pandemia actual está afectando seriamente con desigualdad social, con mala distribución de recursos en el largo plazo y sin igualdad de oportunidades en numerosas dimensiones como por ejemplo en los ámbitos educativo, psicológico, laboral y socioeconómico.

En una primera instancia, la interrelación entre la educación, el nivel de ingresos y la salud terminará por delimitar el impacto del COVID-19 sobre las generaciones futuras, deberán diseñarse estrategias adecuadas, con vistas tanto en el tiempo presente como en el futuro próximo, para controlar la propagación y salvar vidas, así como prevenir una crisis social en el largo plazo mediante la protección de los intereses de las familias más vulnerables (Torres Armijos, 2020).

Las áreas que se consideran que tuvieron mayor magnitud de afectación, fueron las que se relacionan con pérdidas educativas directamente asociadas con el cierre de las escuelas, por ejemplo, hacia el 23 de abril del 2020, unos 189 países habían decretado el cierre de establecimientos educativos a nivel nacional, una situación que terminó por afectar la formación de más de mil quinientos millones de estudiantes alrededor del mundo; además, numerosas investigaciones han demostrado que la reducción de horas de estudio empobrece el desempeño académico no solo a corto plazo, sino que esta situación se observará en los próximos periodos académicos presenciales, donde se podrá verificar las fallas de los estudiantes que no pudieron ser detectadas y evaluadas por el docente debido a la forma de educar en línea (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2020b).

De acuerdo con los resultados hallados en investigaciones que miden la disparidad educacional existente, luego de que muchos países han detectado que existen situaciones problemáticas que no han podido resolver; en el área de los docentes la falta de capacitación previa y en el área de los estudiantes la inexistencia de herramientas tecnológicas y la falta de apoyo de los padres o cuidadores, debido a que existen condiciones más desfavorecidas donde la pobreza y la falta de acceso a internet son las principales limitaciones; este tipo de estudiantes cuentan con menores oportunidades educativas fuera de las escuelas, debido a que sus padres no poseen un nivel de preparación adecuado para apoyarlos a continuar su proceso de formación dentro de sus hogares (Lozano Chaguay, 2020).

Las medidas de cuarentena y el cierre de escuelas además pueden tener un impacto dramático en las desigualdades sanitarias y alimenticias, especialmente en los niños, para muchos de ellos, las escuelas u otras instituciones educativas son su medio de acceso a una alimentación más balanceada y a servicios de salud (Tapia y Carreño, 2020). El cierre prolongado de escuelas y el confinamiento social pueden tener, por ende, un impacto contraproducente en la salud de los niños, llevando a casos de obesidad debido a la falta de actividad física, patrones de sueño irregulares y dietas menos nutritivas.

Sumado a esto, la capacidad de las escuelas de proveer herramientas que faciliten el aprendizaje desde casa es ampliamente disparejo y depende de la disponibilidad de recursos

que éstas posean, así como del nivel de gasto público destinado a educación, la disponibilidad de computadoras y el acceso a internet (Laurente, 2021). En particular, la inclusión digital en zonas rurales se caracteriza por ser insuficiente y los mismos maestros posiblemente no cuenten con una cobertura de red que les permita distribuir material educativo a sus alumnos, mientras tanto, aquellos padres que alcanzaron mayores niveles de formación académica podrán, en la mayoría de los casos, ayudar y acompañar a sus hijos mientras estos siguen su proceso educativo desde casa (Encalada Campos, 2020).

Con relación al área psicológica, un estudio sobre el impacto psicosocial de la COVID-19, llevado a cabo por la OMS (2021) ha revelado que, entre las alteraciones más habituales entre la población general figura la depresión (presente en el 46%), la ansiedad (60%), los síntomas de estrés (17%), el insomnio (17%), la percepción de soledad (3%) y el trastorno de estrés post-traumático (3%). En el mismo estudio, en cuanto al colectivo sanitario, la detección de síntomas de depresión ha sido ligeramente inferior (en un 41%), pero más elevada en el caso de la ansiedad (67%), los síntomas de estrés (33%), el insomnio (29%), la sensación de soledad (4%) y el trastorno de estrés post-traumático (8%).

Considerándose que el personal sanitario, fueron las primeras personas que se encontraban en contacto directo con los pacientes infectados, se vieron obligados a poner en marcha mecanismos de protección no muy adecuados, como deshumanizar el dolor y el sufrimiento, lo que puede conducir a la despersonalización propia y la deshumanización de los pacientes, se apuntaba hacia la desconexión con las emociones de dolor, que en el fondo informan la realidad que se estaba atravesando, cuando esto se evita, impide el funcionamiento psicológico normal porque la vivencia no se ha procesado, no se aprende de ella o se transforma, simplemente se queda encapsulada y aparecen otros síntomas de estrés postraumático (Cazares Sánchez, 2021).

Otro posible ámbito afectado es el área laboral, debido a la pérdida de empleo de muchas personas a causa de la pandemia, algunos trabajos de oferta y demanda causados por la pandemia y las medidas de aislamiento forzaron al cierre de actividades de numerosas empresas (Organización Internacional de Trabajo [OIT], 2021). A pesar de que la mayoría de

los trabajadores calificados pudieron continuar con sus tareas de manera remota, aquellos que no se encontraban calificados o se dedicaron a trabajos manuales probablemente perdieron sus puestos de trabajo, y actualmente se encuentran desempleados (Vinueza-Veloz et al., 2020).

Diversos estudios muestran que se dio una reducción total de horas trabajadas del 10,5% debido a la pandemia, afectando alrededor de 436 millones de empresas a nivel mundial, algunos trabajadores del sector informal se encuentran incluso más vulnerables en las presentes circunstancias debido a que perdieron casi la totalidad de sus ingresos cuando estos no eran capaces de cumplir con sus tareas; por lo cual, se estima que sus ganancias han caído en hasta cifras del 81% (Laurente, 2021).

En consecuencia, las familias que se encontraban en el escalafón base de la distribución de ingresos están atravesando circunstancias alarmantes, dada la reducción de los recursos económicos con los que contaban y el grado de incertidumbre con el que enfrentaron su día a día (Martínez, 2021).

Adicionalmente, la pérdida de empleo por parte del jefe de hogar aumentó, de hecho, según estudios recientes por la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2021), el grado de participación dentro del mercado laboral por parte del resto de los integrantes de la unidad familiar, mejor conocido como el efecto del trabajador adicional, se ha designado como respuesta al desempleo del cabeza de hogar como es el caso del COVID – 19, esta situación puede influir para que muchos adolescentes abandonen sus estudios tempranamente para entrar cuanto antes al mercado laboral.

En el caso de los trabajadores que laboraban a distancia, la tasa de mortalidad también podría variar según grupo socioeconómico, dependiendo del alcance y calidad del sistema de salud con el que cuente el país en cuestión, adicionalmente, la probabilidad de contagio dependió de la capacidad del individuo de llevar a cabo un aislamiento ideal y de sus posibilidades de reducción del contacto humano (OIT, 2021). Esto fue viable en la medida en la que los individuos puedan trabajar a distancia, pero no será el caso de muchos puestos

de trabajo ni el de familias que conviven con varias generaciones bajo un mismo techo (Cañarte y Mendoza, 2021).

Con relación a las disparidades socioeconómicas tendrán un rol clave en el grado de seriedad de estos impactos, los efectos desiguales en la salud repercutirán de una manera particularmente dañina la productividad de los niños de hogares vulnerables en el corto y largo plazo, contribuyendo al aumento de la disparidad de habilidades presentes en la economía (Tapia y Carreño, 2020).

Ciertas investigaciones previas muestran que uno de los elementos fundamentales para comprender cuán nociva puede resultar la desigualdad económica, y cómo ésta afecta la igualdad de oportunidades, es la dimensión intergeneracional del fenómeno; la interrelación entre la educación, el nivel de ingresos y la salud terminará por delimitar el impacto del COVID-19 sobre las generaciones futuras, aunque el diseño de políticas públicas e intervenciones que consideren los posibles efectos intergeneracionales de la pandemia será crucial en el proceso de mitigación del impacto que la situación actual tendrá en las sociedades en el largo plazo (OIT, 2021).

En circunstancias normales, políticas sociales tales como la provisión de salud y educación de calidad son útiles para reducir el vínculo que ata el estatus socioeconómico de los padres con el de sus hijos. Estas medidas tendrán que ser adaptadas al nuevo contexto en el que nos encontramos.

### **1.1.3 COVID 19 en Ecuador**

La presencia del COVID-19, sus síntomas y afectaciones fueron impredecibles puesto que todas las personas no tenían los mismos síntomas y no se afectaban de la misma manera; la fragilidad de algunas personas mayores por condición a su débil y limitada respuesta inmunológica fueron las causas para que esta sea la población sea la más vulnerable; sin embargo, los adultos, jóvenes y niños no fueron absueltos del impacto viral, también resultaron impactados, pero en menor proporción (Satama, 2021).

La pandemia ha modificado en mucho, el aspecto de vida de cada individuo; la cotidianidad de las actividades, la manera de hacer deporte, las actividades de ocio o trabajo y la forma de relacionarse cambiaron radicalmente; el distanciamiento social, el uso de mascarilla y alcohol antiséptico formaron parte del diario vivir del ser humano.

Ecuador no fue la excepción, el virus rápidamente se propagó en las principales ciudades del país, por la afluencia de las personas y el movimiento social; sin embargo, la reacción rápida de los gobiernos de las naciones al cerrar las fronteras entre países, implementar los protocolos de prevención y aislamiento para prevenir el crecimiento de la curva de contagio generó una brecha entre las clases sociales que a simple vista no se presentaban en la sociedad (Satama, 2021).

El primer caso de COVID – 19 en Ecuador, se trató de una adulta mayor ecuatoriana que llegó desde España, el 14 de febrero del 2020, y estaba radicada en Babahoyo, provincia de Los Ríos, al momento de su arribo no presentó ningún síntoma; sin embargo, días después, sintió fiebre y malestar general, por lo que sus familiares la llevaron a una casa de salud de la localidad, luego de este cuadro, el 27 de febrero, se le practicaron las pruebas, dando positivo para el nuevo COVID-19 (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021).

Siendo Ecuador el tercer país latinoamericano, donde se confirmó un caso en la región, el primero fue Brasil y luego México; posterior a esta situación el 13 de marzo del 2020 se notificó el deceso de la paciente 0. Los casos desde finales de febrero del 2020 se fueron incrementado, hasta que el 16 de marzo del 2020 con 58 casos positivos de COVID y 2 fallecidos; las autoridades declararon el Estado de Excepción para evitar la transmisión del coronavirus (MSP, 2021).

El Comité de Operaciones de Emergencia (COE) nacional dictaminó el día lunes 6 de abril del 2020 una la resolución para contener al COVID-19, de acuerdo a esta resolución, cada Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) Municipal debe emitir una ordenanza de uso obligatorio de mascarillas para circular en espacios públicos; medida que estuvo direccionada para quienes debían salir de casa por necesidad, pero no significó que exista libertad de circulación (Comité de Operaciones de Emergencia [COE], 2020).

A nivel mundial la letalidad para COVID-19 fue de 3,45% y para América de 4%, hasta el 31 de agosto del 2020, donde Ecuador tenía una tasa de letalidad de 5,76%, convirtiéndose en el tercer país de la región con el mayor porcentaje de letalidad para COVID-19,) después de México, 11% y Canadá, 8%), siendo necesario considerar que el porcentaje de Ecuador (5.76%) se incrementa a 9,25% si se toma en cuenta a los fallecidos probables por la enfermedad (MSP, 2020).

Según la evolución de la tasa de letalidad del COVID-19 en Ecuador, en el año 2020, la media mundial se superó desde la tercera semana de marzo del mismo año y su incremento fue significativo en los meses de abril a mayo del 2020, sin embargo, el porcentaje de letalidad ha decrecido desde junio del 2020 hasta diciembre del 2021 se encuentra en (4.56%), aunque el valor haya disminuido, la creciente ola de contagios de nuevas cepas mantiene a la población en constante alarma (MSP, 2021).

Como mencionan Gómez y Orellana (2020), la letalidad es un indicador que varía por múltiples factores como el número de tests realizados e informados, número de camas de hospitalización y camas de cuidados intensivos, capacidad de atención hospitalaria y el número de profesionales de salud capacitados para la atención. Es así que, a nivel provincial, Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Manabí y El Oro presentan las tasas más altas de letalidad porque fueron los primeros lugares donde se propagó el virus y su sistema de salud colapsó (MSP, 2020).

Con relación a los contagios y fallecimientos, hasta diciembre del año 2021, existen 457,489 casos confirmados con pruebas PCR y 21,545 fallecidos por COVID-19, teniendo con mayor prevalencia las provincias de Pichincha (174118), Guayas (67416), Manabí (32671), y Azuay (26413) (MSP, 2021)

En la Provincia de Los Ríos, fue la primera provincia que hizo noticia sobre el COVID -19 debido que la paciente cero estuvo radicada en la Ciudad de Babahoyo, en la actualidad mantiene un porcentaje medio de contagios (12712), aunque se mantiene controlado, el principal problema de la localidad se produce porque existen pocos establecimientos de salud, lo que conlleva a que se produzcan molestias en el personal sanitario (Montes, 2021).

Ecuador fue uno de los países que presentó una perspectiva deteriorada de la gestión económica, gubernamental y de salud, pues en los meses posteriores, ciudades como Guayaquil, Quito, Ambato, entre otras fueron las más afectadas en la que se visualizó una gran cantidad de fallecidos; la desesperación de las personas ante la falta de empleo, de alimentos y de insumos médicos debido a la cuarentena y a las medidas de confinamiento adoptadas por el gobierno generó un pánico social con el regreso descontrolado de las personas a las calles y el crecimiento del comercio informal (Mora Valdez, 2021).

Como forma de contrarrestar los contagios por COVID, en Ecuador, en el año 2021, se empieza la vacunación contra la COVID-19, que fue una campaña de inmunización masiva iniciada para vacunar contra la COVID-19 a la población del país, en el marco de un esfuerzo mundial para combatir la pandemia de COVID-19. El inicio de la vacunación se llevó a cabo el jueves 21 de enero de 2021 en las ciudades de Quito y Guayaquil; las vacunas fueron destinadas en la primera etapa para los miembros del personal médico (MSP, 2021).

Actualmente el 77.0% de la población en Ecuador ha accedido al plan de vacunación contra la COVID-19, donde el 67.5% de la población está completamente vacunada y el restante 9.5% está parcialmente vacunada; por otra parte, el 3.7% de la población ha recibido una dosis de refuerzo, es decir que, aproximadamente 11.82 millones de personas en Ecuador están completamente vacunadas contra la COVID-19 (OPS, 2020).

#### **1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones**

Según Huang (2020), desde que empezó la pandemia, se han realizado las primeras investigaciones en el mundo con el objetivo de conocer el estado de salud mental del equipo sanitario y establecer las bases fundamentales para la intervención psicológica.

En China se aplicó la Escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la Escala de autoevaluación para el Trastorno de estrés Postraumático (PTSD-SS), estableciendo que el personal de enfermería presentó mayor ansiedad que el personal médico, por su alta exposición al virus en momento de realizar su trabajo, con un mayor número de casos en el sexo femenino, por el temor al contagio, tanto personal como familiar, mostrando además

mayor vulnerabilidad a los factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar alguna afección de salud mental, por otra parte, en los médicos se evidenció que a mayor formación académica se incrementa el nivel de ansiedad (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2020b).

En otro estudio realizado en Latinoamérica por Samaniego (2020) sobre la afectación a la salud mental del personal de hospitales en Paraguay destinados para atención exclusiva de pacientes con COVID-19, establecieron que el personal sanitario está sometido a factores que contribuyen al desarrollo de alteraciones en la salud mental como: turnos extendidos de trabajo, excesiva carga laboral y disminución de los periodos de descanso, donde los profesionales de enfermería del sexo femenino tiene una mayor predisposición a presentar ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga, relacionado con la naturaleza de su trabajo que conlleva a mayor exposición y permanencia con los pacientes.

Antes de la pandemia COVID-19, se sabía que el personal sanitario estaba frecuentemente expuesto a varios estresores psicosociales debido a sus funciones diarias, al respecto, Martínez (2021) indicó que están relacionadas con las altas cargas de trabajo, el bajo control, bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, liderazgo negativo, violencia laboral, falta de equipos y materiales, horarios y jornadas prolongadas, entre otros.

Lo expuesto anteriormente por Martínez, concuerda también con los informes de la Sociedad Española de Psiquiatría(2021), que explica que el personal sanitario se encuentra expuesto a ambientes en donde pelagra su salud mental al ser parte fundamental de la batalla frente a la pandemia COVID-19, debido a diversas causas como la preocupación de contraer este virus y contagiar a sus familiares sumado a esto la carga laboral por la demanda asistencial y otros factores estresantes generando así un estrés crónico conocido como síndrome de burnout científicamente comprobado por diversos estudios (Martínez, 2021).

En definitiva, queda claro que con esta pandemia los factores estresores han aumentado de una u otra manera, al respecto, la (OIT, 2021) menciona que, para los trabajadores sanitarios, funerarias, laboratorios, bomberos, manejo de desechos, policías,

entre otros, llegaron a sentirse afectados por el temor y el bienestar propio o de familia y compañeros, sumado a otros factores como la falta de equipo de protección personal, el aislamiento, la falta de apoyo social, la tensión entre los protocolos de seguridad establecidos y el deseo de cuidar o ayudar a personas; lo que conllevó a que se presentaran dificultades para mantener estilos de vida saludables y esto aumento de exposición al estigma social e incluso se presentó violencia por otras personas (OIT, 2021).

La misma OIT señala que las reacciones comunes a estos factores se traducen en estrés negativo, estado de ánimo bajo, baja motivación, mayor fatiga y repercusiones en la depresión, ansiedad y otros efectos graves en la salud mental (Juárez García, 2020).

## **1.2 Afectaciones a la Salud mental**

Hoy en día los profesionales sanitarios están expuestos a momentos estresantes a nivel mundial, la sobrecarga laboral es notoria debido a que en el último año por motivos de la pandemia del SARS-COV2 los galenos de las instituciones hospitalarias se han visto afectados tanto física como emocionalmente ya que la alta demanda de pacientes y la falta de recursos humanos sumado a esto la carencia de insumos hospitalarios para enfrentar la pandemia ha desencadenado frustración e impotencia, en muchos de los profesionales de la salud (OMS, 2020).

### **1.2.1 Salud mental**

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida (OMS, 2021). También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez (Cuenca Riofrio, 2021).

De acuerdo a lo expuesto por el autor, en el párrafo anterior, existen ciertas variables que están relacionadas con la salud mental, que se detallan a continuación:

#### **Ansiedad**

La Asociación Estadounidense de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) define la ansiedad como “una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos angustiantes y cambios físicos como el aumento de la presión arterial” (APA, 2015)

En cuanto a la sintomatología, se toman en cuenta diferentes aspectos, los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo a APA, (2017), explican que a menudo incluyen los siguientes:

- Desasosiego, y una sensación de estar “al borde”
- Sentimientos incontrolables de preocupación
- Aumento de la irritabilidad
- Dificultades para concentrarse
- Dificultades para dormir, por ejemplo, no poder conciliar el sueño o permanecer dormido

Estos síntomas pueden aparecer de forma leve, sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad generalizada los experimentarán a niveles persistentes o extremos; el trastorno de ansiedad generalizada puede presentarse como una preocupación vaga e inquietante o una ansiedad más severa que afecta la vida cotidiana (Cifuentes Carcelén y Navas Cajamarca, 2021).

Las causas de los trastornos de ansiedad son complicadas, muchas podrían ocurrir en el acto, algunas pueden conducir a otras, y algunas podrían no provocar un trastorno de ansiedad a menos que otro esté presente (OMS, 2021). Las posibles causas de acuerdo a Madrid (2020) pueden ser las siguientes:

- **Estrés ambiental:** dificultades en el trabajo, problemas de relación o problemas familiares
- **Genética:** las personas que tienen familiares con un trastorno de ansiedad son más propensas a experimentar uno ellas mismos

- **Factores médicos:** los síntomas de una enfermedad diferente, los efectos de un medicamento, o el estrés de una cirugía intensiva o una recuperación prolongada
- **Química cerebral:** los psicólogos definen muchos trastornos de ansiedad como desajustes de hormonas y señales eléctricas en el cerebro.
- **Abstinencia de una sustancia ilícita:** cuyos efectos podrían intensificar el impacto de otras posibles causas.

### **Depresión.**

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades, también denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que el paciente tenga dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sienta que no vale la pena vivir (Gutiérrez Álvarez et al., 2020a).

La Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE – 10), explica que el desarrollo de la depresión es causado por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. A continuación, se describen dichos factores en mayor detalle:

**Factores genéticos:** La depresión es una condición de salud mental que puede heredarse de los padres. Las investigaciones han revelado que el 40% de las personas diagnosticadas con depresión tienen antecedentes familiares de este trastorno.

**Factores físicos:** Cuando las personas sufren de depresión, las partes de su cerebro responsables de regular el estado de ánimo, el pensamiento, el sueño, el apetito y el comportamiento no funcionan adecuadamente. Además, las personas con depresión tienen un desequilibrio en ciertos neurotransmisores.

**Factores ambientales:** El trauma, la pérdida de un ser querido o cualquier otro evento estresante puede propiciar un episodio depresivo. Esto es especialmente cierto cuando una persona carece de las aptitudes necesarias para lidiar con el estrés o cuando no cuenta con un sistema de apoyo sólido.

Si bien la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión, durante estos episodios, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pueden consistir de acuerdo al APA (2017) en:

- Falta o exceso de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Baja energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Para muchas personas con depresión, los síntomas suelen ser lo suficientemente graves para causar problemas evidentes en las actividades cotidianas, como el trabajo, la escuela, las actividades sociales o las relaciones con otras personas (Jácome Llumipanta, 2020). Algunas personas pueden sentirse infelices o tristes en general sin saber realmente su motivo.

### **Estrés**

Es la reacción del cuerpo a un desafío o demanda, por lo que en pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud (Pazmiño Erazo, 2021).

Las situaciones y presiones que causan estrés son conocidas como estresores. Normalmente pensamos en los estresores como en algo negativo, como un horario laboral exhaustivo o una relación pesada, sin embargo, cualquier cosa que suponga demandas altas o forzar a ajustar tu vida normal puede ser estresante, esto incluye los eventos positivos como el casarse, comprar una nueva casa, ir a la universidad o recibir un ascenso (Mendoza y Carreño, 2020).

El estrés puede causar muchos síntomas, tanto físicos, como psicológicos y emocionales. Muchas veces los afectados no relacionan los signos con el propio estrés, los más frecuentes de acuerdo a Cazares Sánchez (2021) son:

**Dolor de cabeza:** es el tipo más frecuente, todo el mundo ha tenido dolor de cabeza alguna vez. El más común es el dolor de cabeza tensional (provocado por la tensión muscular que ejercemos sobre la cabeza, la mandíbula y el cuello entre otros), generado por el estrés o la ansiedad de forma habitual.

- Falta de energía o de concentración: la gente se centra tanto en un tema, que le cuesta prestar atención al resto de cosas, perdiendo de ese modo parte de la concentración.
- Cambios de la conducta.
- Problemas de salud mental: como ansiedad o depresión.
- Problemas cardiovasculares y musculoesqueléticas: cuando el estrés se prolonga mucho tiempo.
- Cambios en el peso: generado por los malos hábitos alimentarios vinculados con el estrés. Los cambios de apetito suelen ir acompañados habitualmente de un estilo de vida sedentario.

No obstante, no todo el estrés es causado por factores externos, el estrés también puede ser auto – generado, por ejemplo, cuando un individuo se preocupa excesivamente sobre algo que puede o no que suceda, o el tener pensamientos irracionales y pesimistas sobre la vida.

### **Síndrome de burnout**

El “síndrome del trabajador quemado” como también se le conoce al síndrome de burnout es precisamente eso, el agotamiento físico y mental del individuo que le hace perder toda gana de emprender sus tareas, es una evolución del estrés laboral al crónico (Chilán-Galarza et al., 2020).

Esta condición psíquica del trabajador no es poca cosa, pues la OMS la sumó en el 2020 como otro factor de riesgo laboral junto al riesgo físico, biológico, químico, ergonómico, psicosocial, mecánico y ambiental (Chilan-Galarza et al., 2020). La definición conceptual considerada para el presente estudio sobre el burnout es: un síndrome psicológico y constituye una respuesta prolongada al estrés originado de la tensión crónica producida por la interacción conflictiva entre el empleado y su trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Las causas de este síndrome, pueden no ser el resultado de un solo factor, puede ser consecuencia de varias y complejas causas a nivel laboral de acuerdo a Diaz Rojas (2020) quien menciona las siguientes:

- Carga de trabajo
- Conflictos en el trabajo y sentimiento de menosprecio.
- Trabajar en un campo fuera de tus habilidades. Trabajo que no satisface tus intereses.
- Trabajos con mucha demanda de energía.
- Aislamiento social.
- Desequilibrio entre la vida laboral, social y familiar.

De acuerdo a los autores Castro Ulloa, Á., y Meneses Liza (2018), los siguientes 3 síntomas son de los que más destacan en esta condición.

- **Falta de realización personal.** Básicamente, autoestima lastimada. Disminuida. Expectativas frustradas y estrés cognitivo y físico.
- **Agotamiento emocional.** Desgaste, cansancio físico y psíquico. Es consecuencia de sobrecarga laboral sostenida.
- **Despersonalización.** Quizás el síntoma más delicado. Actitud negativa con clientes, usuarios o personas atendidas. El trabajador pierde motivación y gana en irritabilidad.

### **Alteraciones de sueño**

Son problemas relacionados con dormir, estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño (Ángel Arias, 2020).

Las causas pueden estar asociadas a más de 100 trastornos diferentes de sueño y de vigilia. Según Ángel Arias (2020), estas se pueden agrupar en cuatro categorías principales:

- Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido (insomnio)
- Problemas para permanecer despierto (somnolencia diurna excesiva)
- Problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño)
- Comportamientos inusuales durante el sueño (conductas que interrumpen el sueño)

También se pueden presentar problemas cuando no se mantiene un horario constante de sueño y de vigilia, esto sucede cuando se viaja cruzando zonas horarias distintas. También puede presentarse en los trabajadores con turnos en horarios rotativos, particularmente los que trabajan en las noches (Gamarra Guillén, 2018).

De acuerdo a la CIE -10, los trastornos que involucran una interrupción del horario del sueño incluyen:

- Síndrome de sueño y vigilia irregulares
- Síndrome del desfase horario
- Trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos
- Fase de sueño retrasada, como en los adolescentes que se van a dormir muy tarde en la noche y duermen hasta el mediodía
- Fase de sueño avanzada, como en los adultos mayores que se van a dormir temprano por la tarde y se despiertan muy temprano

### **1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios**

La frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada: estimaciones

obtenidas a través de la realización de diversos meta-análisis indican una elevada prevalencia de ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), estrés agudo (31%), burnout (29%) y estrés postraumático (19%) (OMS, 2020).

Determinados factores sociodemográficos, sociales y ocupacionales aumentan significativamente el riesgo de sufrir problemas de salud mental: se muestra un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental en función de factores sociodemográficos (mayor riesgo en mujeres y profesionales más jóvenes), factores sociales (falta de apoyo social, experimentar rechazo social, o estigmatización), y factores ocupacionales (desarrollar tareas asistenciales en primera línea, ser profesional de enfermería, no haber recibido formación especializada sobre este tipo de situaciones, y tener menor experiencia laboral) (OIT, 2021).

El nivel de evidencia científica respecto a las intervenciones para proteger la salud mental de los profesionales sanitarios es muy bajo. Aunque algunos estudios de la OPS, se sugieren que las intervenciones propuestas hasta la fecha (basadas en cambios organizativos y en formación a profesionales sanitarios) podrían mejorar la autoeficacia de los profesionales, así como ayudar a prevenir la ansiedad, depresión, y calidad del sueño, la evidencia disponible hasta la fecha es muy baja (OPS, 2020).

### **Ansiedad**

Actualmente en la literatura, se pueden encontrar diversos estudios que hablan sobre las implicaciones emocionales que tiene para el personal sanitario laborar en tiempos de pandemias (Cabrera Pérez, 2021).

Es así que en algunos de ellos se logra evidenciar datos en los que la ansiedad, la depresión, las reacciones adaptativas, entre otros, son los más comúnmente reportados entre el personal sanitario, estos están acompañados por síntomas como irritabilidad, insomnio, clinofilia, disfunción familiar e incluso suicidio, especialmente cuando los médicos de primera línea pueden cursar con estrés postraumático, aparte de todo el tener que dar cara a cara con el familiar la noticia del deceso del paciente, este supone ser un estresor que puede llegar a agravar la sintomatología ansiosa (Torres y Díaz, 2021).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede afirmar que las situaciones estresantes en la vida laboral del personal sanitario podrían llegar a desencadenar trastornos mentales, entre esos la ansiedad, y dependiendo de las condiciones individuales y la exposición a las situaciones estresores, será la severidad del mismo trastorno (OMS, 2021).

Muchos de los retos que debe afrontar el personal sanitario en estos tiempos de COVID, es el desbordamiento en la demanda asistencial, si bien sabemos que muchas personas acuden reclamando atención sanitaria, pero el personal sanitario también se enferma o ve a personas cercas enfermar; más cuando los profesionales se contagian y deben guardar una cuarentena o en casos extremos donde ellos mismos requieran asistencia médica, a eso le sumamos que el riesgo de infección no se detiene, es decir, existe un mayor riesgo de contraer enfermedades y trasmitirla a familiares, amigos y otras personas del trabajo (OIT, 2021).

### **Depresión**

Martínez (2020) manifiesta que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes a la que están propensas los individuos puesto que en la actualidad vivimos en mundo lleno de diversos cambios que perturban a los individuos, generándoles crisis ya que no saben identificar su sintomatología inicial, dejando pasar sin darles importancia y convirtiéndose en un trastorno que es parte de cada individuo, cabe resaltar que la depresión representa un problema de salud pública.

Por lo cual la depresión puede estar presente en cualquier tipo de población, trayendo consecuencias graves según la evolución y tipo de sintomatología, la respuesta al tratamiento y las redes de apoyo con las que se cuente (OPS, 2020). La pandemia del COVID-19 ha traído un cambio radical, en un corto tiempo el modo de vida y la economía de casi todo el mundo se ha visto afectado.

Sin embargo, dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario, debido al riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como lo son la ansiedad y depresión (Augusto & Vivar, 2021). La tasa

de prevalencia de depresión pareció ser más alta entre el personal de primera línea, el personal de enfermería mostró estimaciones de prevalencia más altas tanto para la depresión en comparación con los médicos; no obstante, el impacto psicológico de la crisis no solo lo sufren los médicos y enfermeras de cuidados intensivos y respiratorios de primera línea, sino también el personal sanitario de otras especialidades (OMS, 2020).

Para el personal sanitario, el desarrollar alguna sintomatología ansiosa o depresiva durante una pandemia resulta más que probable, ya que es bastante normal manifestar intranquilidad ante una pandemia no antes vista en tal magnitud.

### **Estrés y burnout**

Si bien es cierto el personal sanitario viene demostrando que, a pesar de las circunstancias adversas, son capaces de organizarse, colaborar entre especialistas y adaptarse con resiliencia para poder atender a todos los pacientes con COVID-19, se tiene que tomar en cuenta que son personas vulnerables a sufrir daños psicológicos, puesto que la tasa de trastornos mentales es más alta en personas contagiadas y en el personal sanitario (Broche-Pérez et al., 2021).

En España, una de las profesiones más afectada por las manifestaciones relacionadas con el estrés es la de médicos y enfermeras, un 44,1% de los trabajadores de la salud, padecen estrés laboral. Algunos investigadores como Cuenca Riofrio (2021) estudió el estrés laboral en el personal sanitario que trabaja en el medio hospitalario y los resultados mostraron un nivel de estrés moderado- elevado, con diferencias según funciones.

La relación entre el profesional y el enfermo no es fácil, los trabajadores han de tener las habilidades para mantener la distancia emocional adecuada con el paciente para cuidar sin perder la empatía y el compromiso, además, un añadido de estrés es la necesidad de formación constante y los recortes en los presupuestos del sistema sanitario.

La excepcional situación durante la pandemia del coronavirus enfrentó al personal sanitario a problemas de salud como el estrés, ansiedad, insomnio, ira miedo, etc, debido al colapso hospitalario, la evolución de la epidemia, lo emergente de la enfermedad, la ausencia

de tratamiento efectivo o la carencia de equipos de protección individual (Augusto & Vivar, 2021).

Como demuestran otros estudios, el personal sanitario se enfrentó a retos como el desbordamiento asistencial, el riesgo de infección, exposición al desconsuelo de las familias y dilemas éticos y morales (Cuenca Riofrio, 2021).

Estas preocupaciones del trabajador pueden afectar a la calidad de la atención que presta, a la capacidad de entender la evolución clínica del paciente, a su toma de decisiones e incluso podría dificultar la lucha contra el COVID-19, además del impacto en su bienestar y calidad de vida.

### **1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental**

La salud mental y los problemas psicosociales se consideran un problema social de prioridad. Debido a que el personal sanitario en la época de pandemia se encontró en un entorno caótico propio de la situación, se pudieron haber afectado ciertos aspectos lo que supondría un mayor riesgo para el desarrollo de casi cualquier problema psicológico.

#### **1.3.1 Inflexibilidad psicológica**

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 (Traub, 2021).

En contraposición, la flexibilidad psicológica se refiere a la capacidad de uno mismo para centrarse en el momento presente y, de acuerdo con lo que la situación le permite, cambiar o persistir con el comportamiento en la búsqueda de metas y valores (Cazares Sánchez, 2021). La inflexibilidad psicológica representa una forma de vulnerabilidad psicológica generalizada asociada a mayores síntomas depresivos, ansiedad, condiciones

psicopatológicas y mayor riesgo de deterioro de la salud mental, por ello los profesionales de la salud se consideran uno de los grupos más vulnerables a los efectos mentales negativos del COVID-19 (OPS, 2020).

Los profesionales de la salud se consideran vulnerables ante los efectos de la pandemia, porque la inflexibilidad psicológica está relacionada directamente con todos los síntomas de ansiedad y depresivos, esta situación podría verse agravada por la cuarentena prolongada, el miedo a la infección, la frustración, el aburrimiento, los suministros inadecuados, la información falsa, la inseguridad de un futuro poco claro y libre de enfermedades, el aumento de la carga de trabajo, la falta de protección adecuada, el miedo a infectarse y contagiar a sus seres queridos, entre otros (Dosil Santamaría et al., 2021).

### **1.3.2 Soledad y Apoyo social**

La soledad ha sido definida como una experiencia negativa que sobreviene a la persona cuando su red de relaciones sociales es deficiente, bien sea por su tamaño, bien sea por la calidad de las mismas, por tanto, de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseados y los contactos reales mantenidos, la soledad es una experiencia subjetiva que resulta de la percepción de dicha discrepancia, de modo que las personas pueden no sentirse solas estando aisladas socialmente o, por el contrario, una persona puede sentirse sola en medio de una multitud (Buitrago Ramírez et al., 2021).

Los profesionales de la salud, que fueron los protagonistas directos durante la pandemia, también podrían sufrir algunas de estas consecuencias, por ejemplo, un estudio con estudiantes de medicina en China durante el brote de COVID-19 mostró que la pandemia afectó negativamente su estrés y sentimientos de soledad (Cazares Sánchez, 2021).

El confinamiento experimentado durante la pandemia por COVID-19 obligó a que ciertos médicos y enfermeras que estaban proporcionando sus servicios en los centros hospitalarios, eviten ir a casa para no contagiar a sus familiares, el aislamiento social fue la condición real de estar y permanecer solo/a la mayor parte del tiempo por el temor a los

contagios, por carecer de red social de apoyo, por tener pocas oportunidades para interactuar socialmente o por situaciones de emergencia como el COVID-19 (Augusto & Vivar, 2021).

En esta situación se aisló al personal sanitario y a los familiares para protegerles en lo orgánico, se ha constatado de acuerdo a los informes de la OMS, que las consecuencias de la exposición prolongada a la soledad provocaron en muchas personas mecanismos fisiológicos de peligro y amenaza que ponen en riesgo la salud biológica (OMS, 2020).

### **1.3.3 Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento se refieren, de forma general, a la serie de 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 (Gallegos de San Vicente et al., 2020).

En tiempo de estrés e incertidumbre, algunas estrategias pueden ser útiles para mantener el bienestar y promover la fortaleza interna, sin embargo, las incertidumbres y restricciones relacionadas con el brote del virus COVID-19 presentaron desafíos particulares que a la mayoría del personal sanitario le costó implementar luego de experimentar problemas en su salud mental (Cazares Sánchez, 2021).

Como los que describió la OPS (2020), las estrategias de afrontamiento que se incluyeron fueron:

- Mantenerse conectado con la familia, los amigos, y la comunidad de forma creativa.
- Manejar las emociones difíciles con aceptación, atención plena, y actividades relajantes y/o placenteras.
- Evitar usar estrategias de afrontamiento que no son saludables, como el uso de sustancias, la preocupación constante, y los comportamientos de alto riesgo.

- Practicar estilos de vida positivos como lo son la actividad física y la alimentación saludable, uso de la aceptación, y reformulación y resolución de problemas cuando sea necesario.
- Practicar una buena higiene de sueño.

#### **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, de entre los cuales, la OPS, determinó tres como prioritarios: pandemónium, derivado de la celeridad del avance de la pandemia y del caos inicial para responder a la emergencia; la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y la paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido (OPS, 2020).

En lo que respecta a Pandemónium, hace referencia a las situaciones que se vivieron desde el inicio, el personal de salud 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 (Gutiérrez Álvarez et al., 2020b).

Con referencia a la 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; a esto se le agrega la insuficiencia de personal de salud ha sido tangible, no únicamente en términos de cantidad, también de sus competencias (Torre-Muñoz et al., 2020).

El criterio recomendado por la Organización Mundial de la Salud es de 23 recursos humanos para la salud por 10.000 habitantes, en donde algunos países con mayor número de médicos fueron Cuba (81.90), Uruguay (50.5) y Argentina (39.6), mientras que los que tienen menos médicos son Haití (3.55), Honduras (3.14) y Guatemala (2.35) (OMS, 2021).

Y en el apartado de la paranoia, se refiere al temor ante lo desconocido que ha generado una conducta agresiva y discriminatoria hacia los profesionales de la salud, porque la sociedad requiere de información clara, precisa y entendible acerca de la importancia y valor del personal de salud ante la pandemia (OPS, 2020).

En México, Jamaica y otros países, el público ha reaccionado de forma atípica ante el personal de salud, se han documentado agresiones físicas, verbales y discriminación; en el caso de México, esta conducta agresiva detonó que el gobierno asignara personal de la guardia nacional para resguardar la seguridad del personal en los hospitales, no obstante, la mayor parte de la sociedad reconoce la labor del personal de salud que atiende a los pacientes con COVID-19 (OMS, 2021). En algunos países se les proporcionan apoyos en especie como equipo médico, alimentos, alojamiento.

Las principales herramientas del personal para atender la pandemia, además de su inquebrantable vocación de servicio, de acuerdo a los lineamientos de la OMS, (2020) han sido:

- Capacitación para la higiene personal y equipo de protección personal (mascarillas, caretas, gales, guantes)
- Entrenamiento para la identificación y el manejo de muestras, casos, contactos y uso de equipo médico como respiradores, monitores.

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, algunos profesionales de salud han manifestado escasez de infraestructura, equipo de protección personal y falta de apoyo (Alvarez, 2021).

Existen recomendaciones robustas para subsanar las necesidades del personal de salud en términos laborales, de salud mental y apoyo social; el liderazgo de estas acciones corresponde a los sistemas públicos de salud (Buitrago Ramírez et al., 2021). Se espera que las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 contribuyan a redefinir las competencias del personal de salud y sirvan para mejorar la capacidad de los sistemas de

salud para brindar mejores condiciones laborales que permitan al personal de salud responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.

## **Capítulo dos.**

### **Metodología**

#### **2.1 Objetivos**

##### **Objetivo General**

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021.

##### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario en el sector sur del cantón Babahoyo provincia de los Ríos.
- 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 de las dimensiones de 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**

La elaboración de las preguntas de investigación es una de las actividades que se planifican y se desarrollan al inicio de todo estudio; estas deben ser planteadas en forma clara y precisa, de tal manera que no exista ambigüedad (Hernández et al., 2014).

Para la presente propuesta de trabajo de fin de carrera se han definido las siguientes preguntas de investigación en base a los objetivos específicos:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario en el sector sur del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el año 2021?

¿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 en relación con las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión?

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

¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

### **2.3 Diseño de investigación**

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación” (Hernández et al., 2014, p. 210)

**Es de tipo descriptivo.** “Su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar estrategias operativas y señalar los lineamientos para la prueba de las hipótesis” (Rojas Soriano, 2013, p. 42), por lo tanto, esta investigación es de tipo descriptivo ya que recolecta información sobre cada una de las variables de estudio para así describir lo que se investiga.

**Enfoque cuantitativo,** “Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación; además, el investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno; Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas” (Hernández et al., 2014, p.5). Por lo tanto, la investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que recolectó datos por medio de encuestas, lo que reflejan resultados que nos servirán para su posterior análisis.

**No experimental:** Dado que el diseño no experimental se realiza sin manipular deliberadamente las variables (Hernández et al., 2014) por lo tanto no se modifica su entorno natural ni laboral del personal.

**Corte transversal:** Aquí, “los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Ibidem, p.270; citado en García, p. 58). Por lo tanto, esta investigación es trasversal porque recolecta los datos una sola vez y en un determinado espacio.

**Exploratoria:** “Un estudio exploratorio tiene por objeto esencial familiarizarnos con un tema desconocido, novedoso o escasamente estudiado. Son el punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad” por lo tanto, es una investigación de tipo exploratoria porque es la primera vez que la sociedad moderna atraviesa por una pandemia como el COVID-19 (Ander-Egg,1995, p. 35).

### **2.3.1 Población y muestra**

La población fue conformada por el personal sanitario del Ecuador, personas de sexo femenino y masculino, con formación académica de tercer nivel o superior, pudiendo ser estos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, psiquiatras, que hayan trabajado durante la pandemia.

La muestra de la presente investigación será de accesibilidad-accidental y no probabilística ya que los individuos se escogen de manera casual, es decir, de acuerdo con el medio idóneo para ejecutar el estudio y buscar los datos en función de los objetivos de la investigación o los intereses propios del investigador (Hernández et al., 2014). La muestra fue conformada por 40 sujetos del personal sanitario del cantón Babahoyo y con las características específicas de la población, que cumplan con los criterios detallados a continuación.

## **2.4 Criterios de inclusión y de exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Encontrarse en situación laboral activa.
- Firmar el consentimiento informado
- Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la institución de salud pública.
- 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.

## **2.5 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)**

Esta prueba fue desarrollada por Maslach y Jackson en 1981, mide y detecta la existencia de desgaste laboral crónico en los trabajadores conocido como el síndrome de Burnout o el trabajador quemado y refleja el estrés laboral prolongado que afecta al individuo, provocando malestar a nivel personal, social y profesional; La escala MBI HSS presentó a los

sujetos 22 frases para evaluar sus sentimientos y pensamientos sobre su trabajo, evaluados a través de tres dimensiones, valoradas mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días); Estos ítems se distribuyen en tres factores o subescalas: Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems), Despersonalización (DP, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems), obteniéndose una puntuación que luego puede ser valorada como baja, media o alta (Olivares-Faúndez y Gil-Monte, 2009)

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).

- Agotamiento emocional, puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo. En esta escala las puntuaciones bajas se relacionan con el burnout. (Faúndez y Gil-Monte, 2009)

Se considera que niveles elevados de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de RP determinan la presencia de Burnout (Schaufeli, 2001)

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

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond y Lovibond, 1995).

DASS 21 cubre tres aspectos, a saber: depresión, que es un trastorno formado por síntomas relacionados con estados de ánimo desagradables como la tristeza; la ansiedad se describe en torno a síntomas físicos como agitación, ataques de pánico, tensión muscular y

miedo; y el estrés se ha descrito como una tendencia a responder a eventos estresantes con síntomas como tensión, irritabilidad e irritación persistente (Lovibond y Lovibond, 1995). Los ítems se responden en una escala Likert, con respuestas que van de 0 a 3 (no se aplica a mí, se aplica a mí hasta cierto punto, se aplica a mí altamente, muy aplicable. Úselo para mí). La escala de depresión y estrés tiene un alfa de 0,85 y 0,83, respectivamente, y la escala de ansiedad tiene un alfa de 0,73. Juntos, los elementos que componen DASS 21 tienen un alfa de 0,91 (Antúnez, Zayra y Vinet, Eugenia 2012)

Interpretación: Un puntaje de corte en la escala de Depresión de mayor o igual a 6, refleja trastornos depresivos y un grupo asintomático. Para la escala de Estrés, un puntaje de corte de mayor o igual a 14 permite discriminar entre un grupo con trastorno de ansiedad generalizada.

### **Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II)**

El instrumento original (AAQ) fue desarrollado por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006). Se desarrolló con el propósito de obtener una medida válida y fiable sobre la conducta de evitación experiencial (E.E) e inflexibilidad psicológica (Ghasemi, Kalantari, Asghari y Molavi, 2014)

Ayuda a evaluar la plasticidad e inflexibilidad, refiriéndose al control de emociones rígidas o eventos internos desagradables que enfrentan las personas; elementos que califican la renuencia a sentir pensamientos y emociones no deseados; e incapacidad para aprovechar el momento y comportarse de acuerdo con acciones orientadas a valores frente a eventos psicológicos adversos (Bond et al. 2011).

Consiste en siete preguntas que se les pidió a los participantes que respondieran en una escala estilo Likert de siete puntos, donde 1 es "nunca" y 7 es "siempre", con los valores restantes fluctuando entre ambas direcciones. Las puntuaciones oscilan entre 7 y 9, y una puntuación más alta indica una menor flexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach de esta herramienta oscila entre 0,93 y 0,95 (Ortega-Jiménez et al., 2021).

Interpretación: El Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) mide los índices de EE; En el estudio de nombre Validation and Invariance testing of the greek adaptation of the

Acceptance and Action Questionnaire-II across clinical vs non-clinical samples and sexes, determina que mientras mayores sean los índices de EE, mayores serán los índices de depresión, ansiedad y menores serán los índices de concientización de un problema (Karekla & Michaelides, 2016), esto se debe a la validez divergente que se crea por ambas escalas de direccionalidad indirecta y significativa (Ventrura-Léon, 2017)

### **Escala de Soledad (UCLA-3)**

Russell y Cols, (1980) desarrollaron un instrumento para la evaluación de la soledad, la escala de soledad modificada de UCLA, Universidad de California, evalúa la soledad percibida o el aislamiento social a través de los factores de "intimidad con los demás" y "sociabilidad". La soledad es un constructo psicológico complejo que refleja una experiencia caracterizada por las percepciones y juicios que cada persona hace de su red social en términos de cantidad y calidad, y el apoyo real que la red les brinda la sociedad (Vega y Bernal,2014).

La escala de Soledad, UCLA-3 por estar reducida a 3 items, auto aplicables, indaga sobre sentimientos de soledad asociados al tipo de relaciones que se establecen con otras personas. Con formato tipo Likert. La puntuación total oscila entre 20 y 80 puntos.

Dependiendo de la frecuencia de vivencia de las experiencias descritas en cada ítem, la escala Likert se responde con un rango de respuesta de 1 a 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente). El coeficiente alfa obtenido durante la validación en español es igual a 0,9 (Morejón y García-Bóveda, 1994).

Interpretación: Puntuaciones menores a 20 pueden indicar un grado severo de soledad, puntuaciones entre 20-30 pueden indicar un grado moderado de soledad. (Russell, 1996)

### **Índice de calidad de sueño (PSQI)**

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) es el cuestionario de sueño más utilizado para adultos y consta de 24 preguntas, donde las primeras 19 preguntas son respondidas teniendo en cuenta su experiencia durante el último mes; así mismo, la traducción y adaptación al castellano fue realizada por (Macías y Royuela 1996)

Este cuestionario mide la calidad del sueño de un individuo, consta de 19 ítems, agrupados en 7 aspectos: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia normal del sueño a menudo, alteraciones del sueño, consumo de drogas y disfunción diurna. Se responde con una escala tipo Likert que va de 0 a 4, Para su corrección se obtiene el perfil de sueño en cada dimensión de 0 a 3. Esta escala muestra el grado de precisión la consistencia alfa interna de Cronbach fue de 0,72 en el estudio de validación de los autores Araujo et al. (2015).

Interpretación: Según Buysse y Cols,(1998) un puntaje total de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala en cambio una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores, a mayor puntuación peor calidad de sueño.

## **2.6 Procedimiento**

Para realizar la investigación se inició con la revisión de la literatura en las bases de datos de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), lo cual nos sirvió como respaldo científico para la redacción del marco teórico.

Luego se realizó un acercamiento a la institución de salud, mediante un oficio detallando la relevancia de la investigación y sus objetivos el cual fue dirigido a la directora del centro de Salud. Se solicitó autorización para llevar a cabo una encuesta con propósito investigativo y se explicó que a los voluntarios se les aplicará distintas escalas psicológicas, levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario ad hoc Sociodemográfico y Laboral, Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ - II), Escala de Soledad reducida a 3 ítems (UCLA-3) y Escala de Calidad de Sueño (PSQI).

El apoyo de la persona encargada de recursos humanos fue indispensable, ya que fue la persona que motivó a los profesionales a ser partícipes del estudio, fue la encargada de sociabilizar el proceso de recolección de datos, la duración del mismo aproximadamente

4 semanas y la forma de llevarla a cabo vía on line, por medio de la aplicación WhatsApp y poder resguardar así la protección de los participantes, además, se encargó de distribuir a los colaboradores el enlace de la encuesta el cual fue facilitado por el departamento de psicología de la UTPL.

Los participantes iniciaron la encuesta, primero leyendo el consentimiento informado, donde aceptaron su participación, con la seguridad de que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad, de esta forma se llevó a cabo el proceso de recolección de datos.

Para el análisis de la información se realizará una depuración de la base de datos y el análisis utilizando el programa estadístico Statistical Packet for Social Sciences (SPSS). Además del análisis descriptivo de la muestra utilizando las medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes se utilizarán para resumir las variables nominales.

**Capítulo tres.**  
**Análisis de Resultados**

**Tabla 1***Características sociodemográficas y laborales del personal de salud*

		<b>N</b>	<b>%</b>		
Género	Masculino	7	21.2%		
	Femenino	26	78.8%		
Estado civil	Soltero/a	13	39.4%		
	Casado/unión libre	18	54.5%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	2	6.1%		
Trabajo por turnos	SI	25	75.8%		
	No	8	24.2%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	31	93.9%		
	Tiempo parcial	2	6.1%		
Tipo de institución	Pública	29	87.9%		
	Privada	4	12.1%		
		<b>M</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>DT</b>
Edad		34	45	23	6
Horas de trabajo por día		11	24	6	4
Experiencia laboral		6	15	1	3

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

Según lo declarado en la tabla 1 sobre las características sociodemográficas y laborales del personal de salud se observa que, un alto porcentaje (78,8%) pertenecen al género femenino, la mayoría relativa (54,4%) conviven con una pareja sentimental (Casado/unión libre) en contraposición del 45,5% que no tienen pareja sentimental (soltero/a o divorciado/a). Un alto porcentaje (75,8%) trabaja por turnos y casi todos (93,9%) trabajan a tiempo completo, también la mayoría (87,9%) laboran en una institución pública. La edad media es 34 años y esta es 11 años menos a la edad máxima.

La media de las horas de trabajo por día es de 11 horas y esta es 13 horas menos respecto a lo máximo. La media de la experiencia laboral es 6 años y esta es 9 años menos

del tiempo de experiencia máxima. Las variables: edad, horas de trabajo por día y experiencia laboral, presentan datos con alta variabilidad, es decir es una muestra heterogénea.

Podríamos concluir que, es una muestra adulta joven en edad, en su mayoría son: género femenino, de estado civil casado/unión libre o soltero/a, trabajan más de 8 horas diarias y poseen experiencia laboral relativamente corta en el servicio de la salud, cabe mencionar que, los datos son heterogéneos.

**Tabla 2**

*Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud*

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	24	72.7%
	Medio	7	21.2%
	Alto	2	6.1%
Despersonalización	Bajo	25	75.8%
	Medio	4	12.1%
	Alto	4	12.1%
Realización personal	Bajo	17	51.5%
	Medio	10	30.3%
	Alto	6	18.2%

*Nota:* (MBI) Estrés laboral crónico de Maslach et al. (1996).

Según lo declarado en la tabla 2 sobre la percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud se observa que, en general (72,7%) los encuestados consideran que su agotamiento emocional es bajo, en contraste al 27,3% (9 encuestados) que lo percibe medio y alto. Un alto porcentaje (75,8%) piensa que su despersonalización es baja, en contraposición al 24,2% (8 encuestados) consideran medio y alto su despersonalización. Por último, la mayoría relativa 51,5% consideran baja su realización personal, en contraste al 48,5% (16 encuestados) consideran medio y alto su realización personal.

Podemos concluir que, según la tabla 2 sobre la percepción de las dimensiones de burnout, en general los encuestados reporta un nivel bajo de: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, sin embargo, la cuarta parte tienen medio y alto el agotamiento emocional y la despersonalización, y casi la mitad se sienten realizados

personalmente. En consecuencia, un alto porcentaje no posee el síndrome de estrés laboral crónico.

**Tabla 3**

*Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
Estrés	Leve	32	97.0%
	Moderado	1	3.0%
	Severo	0	0.0%
Ansiedad	Leve	26	78.8%
	Moderado	5	15.2%
	Severo	2	6.0%
Depresión	Leve	30	90.9%
	Moderado	3	9.1%
	Severo	0	0.0%

*Nota:* Cuestionario de salud mental DASS-21 de Antúnez y Vinet (2012).

Según lo declarado en la tabla 3 sobre la percepción de la salud mental de los encuestados se observa que, un alto porcentaje (97,0%) reporta un estrés leve. También la mayoría (78,8%) reporta ansiedad leve, en contraposición del 21,2% (7 encuestados) que declara poseer un nivel moderado y severo de ansiedad. Por último, un alto porcentaje (90,9%) reporta depresión leve, seguido del 9,1% con depresión moderada.

En conclusión, la salud mental de la mayor parte de los encuestados reporta estados leves de estrés, ansiedad y depresión, sin embargo, existen 7 casos con nivel moderado y severo de ansiedad, en consecuencia, la totalidad posee una buena salud mental.

**Tabla 4**

*Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad*

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	12,30	27,00	7,00	5.36
Percepción de soledad	4,21	11,00	3,00	1.78

*Nota:* Inventario AAQ-II-7 de Ghasemi et al. (2014) y UCLA-3 de Russell (1996).

Según lo declarado en la tabla 4 sobre la inflexibilidad psicológica y percepción de soledad de los encuestados se observa que, la media de la inflexibilidad psicológica es de 12,30 puntos, esto indica que es relativamente baja y existe 14,7 puntos menos respecto a la inflexibilidad psicológica máxima, cabe mencionar que, existe una amplia variabilidad en los datos, es decir las respuestas son heterogéneas.

Por otro lado, la media de percepción de soledad es 4,21 puntos, esto indica que es relativamente baja y existe 6,79 puntos menos respecto a la percepción de soledad máxima, cabe mencionar que, existe una mínima variabilidad de datos, es decir sus datos son más homogéneos que la inflexibilidad psicológica. En consecuencia, podemos decir que, la inflexibilidad psicológica y la percepción de soledad del personal de salud encuestado, es relativamente baja.

**Tabla 5**

*Calidad de sueño del personal de salud*

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0.0%
	Baja dificultad para dormir	23	69.7%
	Media dificultad para dormir	9	27.3%
	Alta dificultad para dormir	1	3.0%

*Nota:* Cuestionario, versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh de Macías y Royuela (1996).

Según lo declarado en la tabla 5 sobre la calidad de sueño de los encuestados se observa que, el 69,7% tienen baja dificultad para dormir, en contraposición del 30,3% (10 encuestados) tienen media y alta dificultad para dormir. Se puede concluir que, la mayoría puede dormir sin mucha dificultad, sin embargo, casi la tercera parte de los encuestados tienen media o alta dificultad para dormir.

## Discusión

A continuación, se realizará un contraste de la información obtenida en la presente investigación, con estudios similares realizados por otros autores, lo cual permitirá analizar y comparar con mayor detalle cada una de las variables y categorías de este estudio.

El primer objetivo específico de este estudio fue, identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario en el sector sur del cantón Babahoyo provincia de los Ríos. Los resultados obtenidos sobre el primer objetivo fueron, el predominio del género femenino (78.8%) que coincide con otros estudios similares (Párraga Martínez et al., 2018) con el 59,6% mujeres, (Arias Gallegos y Muñoz del Carpio Toia, 2016) con el 89,4% mujeres, (Fernández Sánchez, 2017) con el 85,9% mujeres y (Castillo Soto et al., 2019) con el 67,7% mujeres.

Cabe mencionar que, el estudio de (Castillo Soto et al., 2019) demuestra que, en el género femenino prevalecen los síntomas del burnout (SB); la revisión de (Gómez-Urquiza et al., 2017) reporta que el género femenino solo tiene afectaciones en la realización personal (RP), sin embargo, para (Rendón Montoya et al., 2020) el género no es significativo para los SB y en contraposición está, la revisión de (Albendín et al., 2016) donde se demuestra que, el género es uno de los principales riesgos de los SB.

El género que mayormente participa en estudios similares, son las mujeres, también el género es una de las principales variables de riesgo de los SB, sin embargo, no es definitivo en todos los estudios revisados. El estado civil con mayor porcentaje en el presente estudio es el casado/unión libre con el 54,5%, similar al estudio de (Párraga Martínez et al., 2018) donde el 78,1% eran casados, en contraposición al estudio de (Fernández Sánchez, 2017) donde la muestra un alto porcentaje de solteros (66,3%).

Cabe mencionar que, varios estudios (Arias Gallegos y Muñoz del Carpio Toia, 2016; Albendín et al., 2016; Rendón Montoya et al., 2020 ) declaran que, no existen diferencias

significativas y que no es clara la relación del estado civil con el SB, sin embargo, la revisión sistemática de (Gómez-Urquiza et al., 2017) reporta que los casados están mayormente afectados el cansancio emocional (CE) y los solteros están mayormente afectados por la despersonalización (D), por su parte (Castillo Soto et al., 2019) reporta que los casados presentan mayores índices de SB. Se deduce que, el estado civil casado puede facilitar en ciertos contextos específicos, el desarrollo de los SB en el personal de la salud.

La edad media en este estudio es de 34 años, es decir la mayoría son adultos jóvenes, siendo este aspecto similar a los estudios de (Fernández Sánchez, 2017; Arias Gallegos y Muñoz del Carpio Toia, 2016; Rendón Montoya et al., 2020) cuyas edades medias están entre los 30 y 39 años de edad.

Cabe mencionar que, el estudio de (Rendón Montoya et al., 2020) declara que la edad no influye con los SB, en contraposición el estudio de (Fernández Sánchez, 2017, p. 427) declara que: "solo existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el nivel de burnout", por su parte (Gómez-Urquiza et al., 2017) reconoce que la edad tiene relación con las 3 dimensiones del SB y (Albendín et al., 2016) reconoce que la edad es uno de los principales riesgos de los SB. Se puede inferir que, la edad es un factor relevante que denuncia y da facilidades a los SB en el personal de la salud.

Entre las características sociolaborales del presente estudio, un alto porcentaje (75,8%) trabaja por turnos y casi todos (93,9%) trabajan a tiempo completo, también la mayoría (87,9%) laboran en una institución pública, siendo similar a los estudios de (Fernández Sánchez, 2017; Castillo Soto et al., 2019).

Cabe mencionar que (Albendín et al., 2016) reconoce que el turno laboral es uno de los principales riesgos de los SB y (Castillo Soto et al., 2019) reporta que el SB afecta a los que laboran turnos de 24 horas sobre todo a las mujeres. Se puede concluir que, las características sociolaborales son factores de riesgo relevantes que afectan al personal de la salud con los SB.

El segundo objetivo específico de este estudio fue, determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP), el presente estudio reporta que la mayoría de los encuestados tiene un nivel bajo de AE, D y RP, sin embargo, la cuarta parte tienen un nivel medio y alto el AE y la D, y casi la mitad sienten que su RP se ha logrado en un nivel medio y alto.

En consecuencia, la mayoría no posee el síndrome de estrés laboral crónico. Estos resultados en todas las dimensiones del SB son similares al trabajo de (Rendón Montoya et al., 2020; Arias Gallegos y Muñoz del Carpio Toia, 2016) y en relación con el trabajo de (Lauracio y Lauracio, 2020) es similar respecto al AE y la RP, sin embargo, en (Castillo Soto et al., 2019) las prevalencias son bajas en todas las dimensiones del SB solo para los hombres. En contraposición, la revisión sistemática de (Albendín et al., 2016) reporta niveles medios y altos en todas las dimensiones del SB.

Cabe mencionar que, según (Fernández Sánchez, 2017, p. 429) declara que: “Ser más joven, tener una menor antigüedad laboral en la unidad, dormir menos horas y realizar menos ejercicio físico han sido factores que parecen aumentar el riesgo de desarrollar mayores niveles de burnout”, por su parte (Arias Gallegos y Muñoz del Carpio Toia, 2016) reportó que, existe mayores niveles de SB en los principiantes y cuando tienen más de 10 años de tiempo de servicio.

Se puede decir que, el nivel de afectación del SB dependerá de múltiples factores de riesgo que inciden en las personas, sin embargo, hay evidencia que demuestra que, en ciertos escenarios los trabajadores de la salud pueden desarrollar fácilmente los SB, entre los factores de riesgo esta: la escasa experiencia laboral, preocupaciones personales, ansiedad, pocas horas de descanso y no realizar ejercicios físicos de forma habitual.

El tercer objetivo específico de este estudio fue, identificar la salud mental en las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión. En el presente estudio, la mayoría de los

encuestados reporta estados leves de estrés, ansiedad y depresión, sin embargo, existen 7 casos (21,2%) con nivel moderado y severo de ansiedad, similar en ese aspecto al estudio de (Lozano-Vargas, 2020), en consecuencia, la mayor parte del personal de la salud posee una buena salud mental.

Estos resultados son similares a (Obando Zegarra et al., 2020) donde reporta que todo el personal de salud presenta algún grado de afectación en su salud mental, aunque sus índices en su mayoría están entre leve y moderado. En contraposición, el estudio de (Párraga Martínez et al., 2018) indica que los profesionales con SB presentan índices superiores de estrés percibido.

Por su parte (Lozano-Vargas, 2020) en su revisión reporta que, existe alta incidencia de ansiedad y de estrés en el personal de salud en el contexto del COVID-19 y que los factores asociados con un alto impacto a las dimensiones de la salud mental se asocian al sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Se concluye que, la salud mental siempre está afectada en el personal de la salud, en algún nivel y en todas sus dimensiones, también existen algunos factores personales que impactan negativamente la salud mental.

El cuarto objetivo específico de este estudio ha sido, determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante, presentando resultados con índices relativamente bajos y con datos ampliamente heterogéneos en las dos dimensiones.

Los estudios revisados no reportan resultados similares en este punto, sin embargo, (Rodríguez-Quiroga et al., 2020) en su revisión reporta que en la pandemia del COVID-19, la inflexibilidad psicológica exacerbó con impacto la salud mental del personal sanitario y que la percepción de soledad fue uno de los factores predictivos para la depresión. Se concluye que, la inflexibilidad psicológica y percepción de soledad son factores importantes que pueden alterar la salud mental del personal de la salud.

Por último, el quinto objetivo específico de este estudio ha sido, identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante, en el presente estudio, la mayoría puede dormir sin mucha dificultad, sin embargo, casi la tercera parte de los encuestados tienen un nivel medio o alto de dificultad para dormir.

La literatura revisada no reporta estudios con resultados similares en este punto, sin embargo, (Satizábal Moreno & Marín Ariza, 2018) reportó que la peor calidad de sueño tuvo el personal de enfermería con un índice medio, y la peor calidad de sueño estaba asociado al estrés con relación a los aspectos intralaborales, por su parte (Palazón Galera & Sánchez López, 2017) reporta que en general todo el personal de enfermería tienen mala calidad del sueño, sin embargo, los enfermeros que laboran turnos de 8 horas, su calidad de sueño fue peor de los que laboran en turnos de 12 horas.

Se puede concluir que, existe evidencia de la alteración y de la mala la calidad del sueño en todo el personal de la salud, sin embargo, varios factores pueden incidir y empeorar la calidad del sueño y estos son: el estrés laboral y los turnos de trabajo. También se destaca que, existen varios factores de riesgo latente en el personal de la salud que desemboca en los SB, como son: el género, la edad, el estado civil, factores intralaborales (turnos laborales), escasa experiencia laboral, preocupaciones personales, ansiedad, pocas horas de descanso y no realizar ejercicios físicos de forma habitual, entre otros.

Es importante destacar que la literatura reporta, varios factores del entorno laboral que, estarían incidiendo en los SB, en la mala salud mental y en la calidad del sueño, sin embargo, este estudio no ha abarcado todas estas variables asociadas. Otra limitación sería, el tamaño de la muestra estudiada (31 personas) siendo este, muy pequeño.

## Conclusiones

A continuación, se plantea las conclusiones generadas a partir de los resultados obtenidos mediante el estudio de las variables síndrome de Burnout en las dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP), también la salud mental en las dimensiones: estrés, ansiedad y depresión y el grado de inflexibilidad psicológica y de percepción de soledad, y por último la calidad de sueño que posee la muestra participante.

En relación con el género, se observó que la mayoría del personal que trabaja en el nosocomio son mujeres, por otro lado, la edad promedio de los trabajadores es de 34 años y su trabajo lo realizan en turnos de once horas diarias y más de la mitad vive con su pareja sentimental.

Por medio de la escala de estrés crónico MBI, se concluye que las medias de valores obtenidos en las tres dimensiones del síndrome de burnout son considerablemente bajos, en consecuencia, en la mayoría no se evidencia presencia de sintomatología de agotamiento emocional, despersonalización o baja realización personal.

El Cuestionario de salud mental DASS-21 refleja que el personal sanitario posee estados leves de estrés, ansiedad y depresión, pocos casos reflejan un nivel moderado y severo de ansiedad, por lo consiguiente se concluye que la mayoría posee una buena salud mental.

Por medio del Inventario AAQ-II-7 de Ghasemi, se concluye que el personal de salud refleja una Inflexibilidad psicológica baja. En cuanto a la percepción de soledad también es relativamente baja.

Por medio del Cuestionario versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh de Macías y Royuela se observa que la mayoría de los profesionales pueden dormir sin dificultad, sin embargo, cerca de la tercera parte de la muestra presenta una media dificultad para dormir, esto puede estar ocasionado por las largas jornadas laborales.

## Recomendaciones

Esta investigación plantea ciertas recomendaciones para los efectos de todas las dimensiones del síndrome de burnout y el estado de salud mental, el grado de inflexibilidad psicológica y de percepción de soledad, como también para la calidad del sueño con un enfoque especial dirigido al personal de la salud, que a continuación se detalla:

Es recomendable que las autoridades/jefes de personal de las casas de salud, gestionen programas, proyectos y talleres prácticos con estrategias preventivas que oriente la creación y el mantenimiento de ambientes saludables, también priorizar el cumplimiento de las políticas públicas para la prevención de riesgos psicosociales y de esta manera evitar el estrés laboral, ansiedad y la depresión. Además, se sugiere establecer horarios de receso para el descanso y evitar la posible desestabilidad, agotamiento emocional, irritabilidad con el propósito de que, el personal de la salud esté más ágil en sus labores cotidianas.

Se recomienda al departamento de salud ocupacional realizar programas de recreación y sociabilización orientadora para el control del estrés y la ansiedad, de esta manera propiciar una salud mental estable en los trabajadores de la salud.

Es necesario que todo el personal de la salud participe activamente en los programas, proyectos, talleres prácticos, charlas preventivas con espacios de participación, espacios de recreación y sociabilización que motive el diálogo y el sano esparcimiento. Lo antes descrito, ayudará a mantener la estabilidad psicológica y evitar la percepción de soledad de los trabajadores de salud.

Se recomienda a los miembros de la junta de médicos de la casa de salud que, en lo posible se ajusten los cronogramas de trabajo a jornadas laborables con un máximo de 8 horas diarias, para que los trabajadores tengan el tiempo adecuado para el descanso plácido que les permita recuperar las energías y la concentración desmejoradas por las extenuantes jornadas de trabajo, propiciando la buena salud física y psicológica de los funcionarios de la salud.

Por último, se recomienda a los estudiantes de psicología profundizar este estudio en una población diferente (personal de otra casa de salud) que permita observar el estado de

salud mental desde otra configuración e identificar relaciones y diferencias entre las variables estudiadas, para conocer y comparar resultados que evidencien el nivel de incidencia del síndrome burnout.

.

.

## Referencias

- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
- Anchundia Mero, C. (2020). Bioseguridad en la prestación de servicios del personal sanitario en tiempos de COVID-19. [Tesis de pregrado, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. Archivo digital. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/2503>
- Ander-Egg, E. (1995). "Técnicas de Investigación Social". Lumen Argentina 1995 24<sup>o</sup> edición.
- Ángel Arias, C. (2020, noviembre 2018). Motivacionales del emprendimiento universitario: comparativo entre estudiantes de enfermería y administración [conferencia]. *Primer simposio de ingenio y emprendimiento Unicafam*.  
[https://www.researchgate.net/publication/352834472\\_FACTORES\\_MOTIVACIONALES\\_DEL\\_EMPRENDIMIENTO\\_UNIVERSITARIO\\_COMPARATIVO\\_ENTRE\\_ESTUDIANTES\\_DE\\_ENFERMERIA\\_Y\\_ADMINISTRACION\\_DE\\_EMPRESAS](https://www.researchgate.net/publication/352834472_FACTORES_MOTIVACIONALES_DEL_EMPRENDIMIENTO_UNIVERSITARIO_COMPARATIVO_ENTRE_ESTUDIANTES_DE_ENFERMERIA_Y_ADMINISTRACION_DE_EMPRESAS)
- Antúnez, Z., y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Arias Gallegos, W. L., y Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1561-3127), 559–575. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n4/559-575/es>
- Ballesteros, L. G., Espinoza, R. J., y Balladares, E. S. (2022). Marketing de Reclutamiento Durante la Pandemia de COVID-19 en el Sector Turístico de la Zona 3-Ecuador. *RECITIUTM*, 8(2), 28-55.  
<http://recitiutm.iutm.edu.ve/index.php/recitiutm/article/view/208/html>
- Barlately, J. (2018). *Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes: estudio de frecuencia y variables asociadas*. [Tesis de pregrado, Universidad Abierta

Interamericana]. Archivo digital.

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC131425.pdf>

Bond, Flaxman, van Veldhoven y Biron (2011). The impact of psychological flexibility and ACT on health and productivity at work. In Houdmon & Leka (Eds).

Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.

<https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>

Buitrago Ramírez, F. B., Ciurana Misol, R. C., Fernandez Alonso, M. D., y Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53(1), 89-101.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720301876>

Cabrera Pérez, J. (2021). Factores motivacionales que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería del área de emergencia del Hospital General Babahoyo del IESS. [Tesis de magister, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Archivo digital. <http://201.159.223.180/handle/3317/16723>

Cadena-Povea, H., Marcela Mullo, A., Terreros Peralta, R., Sánchez Vera, J., Andrade Zumárraga, E. (2020, 2 de septiembre). Ecuador ante la Covid-19: salud mental y teleasistencia mediante primeros-auxilios-psicológicos [ponencia]. *II Congreso en Salud Mental Digital*.

[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/8668/6/IV\\_UC\\_LI\\_Memorias\\_cientificas\\_del\\_II\\_Congreso\\_en\\_Salud\\_Mental\\_Digital\\_2021.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/8668/6/IV_UC_LI_Memorias_cientificas_del_II_Congreso_en_Salud_Mental_Digital_2021.pdf)

Cañarte-Reyes, M., y Mendoza-Muñoz, B. (2021). Voluntary resignations in times of COVID-19. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora*. ISSN: 2697-3626, 4(7), 52-63.

<https://publicacionescd.ulead.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/214>

Castillo Soto, G., Rosas Romero, L., Cajías Vasco, P., & Escobar Segovia, K. F. (2019). Identificación del Síndrome de Burnout en personal médico del área de emergencias

- en un hospital de segundo nivel en Machala-Ecuador. *Ciencia Y Salud Virtual*, 11(2), 79–89. <https://doi.org/10.22519/21455333.1282>
- Castro Flores, G., Navarrete, N., E., Pulgar Vargas, T. y Sierra Salazar, L. (2008). *Factores que influyen en la dependencia del adulto mayor postoperado del Servicio de Cirugía HCHM 2008, Chillán*. [Tesis de grado, Universidad del Bio-Bio]. Archivo digital. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/1075>
- Castro Ulloa, Á., y Meneses Liza, I. (2018). Factores motivacionales laborales intrínsecos y extrínsecos de enfermeras (os) de los hospitales MINSA-Trujillo, 2018. (Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de Trujillo). <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13754>
- Cazares Sánchez, J. M. (2021). *Ansiedad, estrés, y depresión relacionadas con la pandemia Covid-19 en la población ecuatoriana: desafío para el tratamiento psiquiátrico* (Master's thesis, Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23501>
- Chilan-Galarza, I., Chimbo-Chimbo, C., García-Villamar, G., y Granoble-Chancay, P. (2020). Emergencia sanitaria del covid-19 y su efecto en las relaciones comerciales internacionales del Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 5(10), 75-88. [doi:http://dx.doi.org/10.23857/pc.v5i10.1789](http://dx.doi.org/10.23857/pc.v5i10.1789)
- Cifuentes Carcelén, A. C., y Navas Cajamarca, A. M. (2021). Confinamiento domiciliario por Covid-19 y la salud mental de niños y adolescentes en la población ecuatoriana, período marzo-junio 2020. <http://201.159.222.35/handle/22000/18656>
- Cuenca Riofrio, M. (2021). *Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la atención en salud mental*. [Tesis de especialista, Universidad Cental del Ecuador]. Archivo digital. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23368>
- Defensoría del Pueblo de Ecuador. (2020a). Defensoría del Pueblo exige priorizar la protección del personal sanitario durante la emergencia por COVID-19. Autoedición. <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/2485>

- Defensoría del Pueblo de Ecuador. (2020b). La protección de los derechos humanos durante y después de la COVID-19. Autoedición.  
<http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/2644>
- Díaz Rojas, L. (2020). Factores asociados a la rotación del personal de enfermería en una IPS de Santander. [Tesis de Maestría, Universidad de Bucaramanga]. Archivo digital.  
<https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/11479>
- Durán Parra, Y., Guerrero Santiesteban, K., & Cárdenas, S. Validación del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia.
- Encalada Campos, G. E., Vásquez Espinoza, G. de J., Guadalupe Vargas, M. E., y Pezo Guadalupe, C. F. (2020). Elementos de protección y nivel de contagio de Covid 19 en el personal sanitario que labora en un hospital ecuatoriano. *SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO*, 4(3), 83-93.  
<https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/102>
- Fernández Sánchez, J. C. (2017). Influence of sociodemographic, occupational and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(1137-6627), 421–431.  
<https://doi.org/10.23938/assn.0114>
- Gallegos de San Vicente, M. O., Zalaquett, C., Luna Sanchez, S. E., Mazo-Zea, R., Ortiz-Torres, B., Penagos-Corzo, J., y Lopes Miranda, R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), e1304.  
<http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/handle/2133/18298>
- Gamarra Guillén, H. (2018). *Factores motivacionales asociados a la satisfacción laboral del personal de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital Regional Cusco*. [Tesis de maestra, Universidad Cesar Vallejo]. Archivo digital.  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/33854>
- Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y

- niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>
- Gutiérrez Álvarez, A. K., Cruz Almaguer, A. Y., y Zaldívar Santos, E. D. (2020a). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf202r.pdf>
- Gutiérrez Álvarez, A., Cruz Almaguer, A., Sánchez de González, A., Pérez Almoza, G., Cribeiro Sanz, L., Peña Hernández, N., Hidalgo Pérez, E., Rodríguez Expósito, Y., Peña Castillo, Y., Zaldívar Santos, E., Báez Rodríguez, K., y Hidalgo Martinola, D. (2020b). Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), e865. <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/865>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación (6ta ed.). <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Jácome Llumipanta, A. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el covid-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK]. Archivo digital. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3857>
- Jarrín Muñoz, D. A., & Reinoso Salguero, S. T. (2021). Análisis de la campaña del Ministerio de Salud del Ecuador# noscuidamostodos en la red social Facebook frente a la llegada del COVID-19. [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana]. Archivo digital. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20277>
- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad*

*Industrial de Santander. Salud*, 52(4), 432-439.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>

Juca Vivar, C. (2021). *Mentales durante la emergencia sanitaria por covid 19 en adultos que acuden al Centro De Salud# 2 José María Astudillo*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Archivo digital.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36016/1/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>

Lauracio, C., y Lauracio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543–554.

<https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.04.003>

Llumipanta, A. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el covid-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK]. Archivo digital.

<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3857>

Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states:

Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck

Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–

343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Lozano Chaguay, L., Lozano Chaguay, S. y Robledo Galeas, R. (2020). Desempleo en tiempos de COVID-19: Efectos socioeconómicos en el entorno familiar. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 5(4), 187-197.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4110532>

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51–56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Macías, J.A. & Royuela, R. (1996). La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas*, 146, 465-472.

- Madrid, S. (2021). Salud mental del personal de salud en el contexto de la pandemia (COVID-19). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24866>
- Martinez, M. (2021). Impacto emocional del COVID-19 en personal de salud de un hospital público de la ciudad de Quito durante los meses de octubre a diciembre del año 2020. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20639>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). MBI: Maslach burnout inventory. Sunnyvale, CA: CPP, Incorporated.
- Ministerio de Salud Pública (2020). Informes de Situación (SITREP) e Infografías COVID-19. <https://www.salud.gob.ec/actualizacion-de-casos-de-coronavirus-en-ecuador/>
- Mora Valdez, A. (2021). Calidad de vida en tiempos de Covid-19 aplicado a deportistas de baloncesto de las categorías sub 14 y sub 16 hombres y mujeres que pertenecen al club deportivo. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18912>
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., Obando Zegarra, M., Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., & Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225–229. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008)
- Olivares Faúndez, V. E., & Gil Monte, P. R. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del'Maslach Burnout Inventory'(MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(31), p. 160-167.
- Organización Internacional de Trabajo [OIT].(2021, 23 de julio). *COVID-19 y el mundo del trabajo*. <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang--es/index.htm>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Coronavirus*. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
- Palazón Galera, E., & Sánchez López, J. C. (2017). Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista*

*Enfermería Del Trabajo*, 7(2), 30–37.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>

Párraga Martínez, I., González Hidalgo, E., Méndez García, T., Villarín Castro, A., León Martín, A. A., Párraga Martínez, I., González Hidalgo, E., Méndez García, T., Villarín Castro, A., & León Martín, A. A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51–60.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000200051](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000200051)

Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., & Pazmiño Pullas, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 15-24.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000317>

Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández Pedroza, R. I., Rubi Vargas, M., & Favela Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(3), 479–506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M. A., y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>

Rojas Soriano, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales* (38th ed., p. 440). Plaza y Valdés. <https://raulrojassoriano.com/cuallitlanezi/wp-content/themes/raulrojassoriano/assets/libros/guia-realizar-investigaciones-sociales-rojas-soriano.pdf>

Dosil Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Alboniga-Mayor, J. J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud*

*mental*, 14(2), 106-112.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>

Satama, F. (2021). Simulación del crecimiento del covid-19 en Ecuador: desafíos empresariales en la nueva era. *Ciencia latina*.

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/836>

Satizábal Moreno, J. P., & Marín Ariza, D. A. (2018). Calidad de sueño del personal de enfermería. *Ciencias de La Salud*, 16(Extra 16), 75–86.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6526696>

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & health*, 16(5), 565-582.

Sociedad Española de Psiquiatría (2021). Salud Mental y COVID – 19.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>

Tapia Carreño, D. P. (2020). *Estrategias de afrontamiento y apoyo social ante la emergencia sanitaria Covid-19 y su relación con variables sociodemográficas y laborales en funcionarios de la matriz de la Corporación Eléctrica del Ecuador. Periodo mayo-noviembre 2020*. [Tesis de Magister, Universidad Politécnica Salesiana]. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19714>

Torre-Muñoz, V., Farias-Cortés, J.D., Reyes-Vallejo, L.A. y Guillen-Díaz-Barriga C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Revista Mexicana de Urología*;80(3):pp 1-9.

<https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/download/653/863>

Torres Armijos, R. (2020). Fatiga laboral por teletrabajo del personal docente de la Unidad Educativa Carlos Freile Zaldumbide ante la emergencia sanitaria del COVID-19 Tabacundo, Ecuador. [Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK].

<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3855>

Torres, S. y Díaz, S. (2021). Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la Covid-19.

*Polo del conocimiento.*

<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2866>

Traub, Carolina, & Sapag, Jaime C.. (2020). Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en

Chile: Desafíos en Salud Mental. *Revista médica de Chile*, 148(9), 1371-

1372. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901371>

Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P.,

Tapia-Veloz, E. C., y Vinueza-Veloz, M. F. (2020). Burnout syndrome among

Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic. In *SciELO*

*Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>

## Apéndice

### Apéndice 1: Documento de información general y consentimiento informado

#### INFORMACIÓN GENERAL

Estimado/a,

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

#### Procedimientos del estudio

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

#### Beneficios de su participación

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

Usted no incurrirá en ningún gasto.

### **Riesgos y molestias**

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

### **Confidencialidad de los datos**

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

### **Participación voluntaria**

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

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

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

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

He leído y acepto.

Acepto (firma) \_\_\_\_\_

No acepto \_\_\_\_\_

## Apéndice 2: Instrumentos de aplicación

### Cuestionario sociodemográfico y laboral

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

**Género:** Masculino  Femenino  Otro

**Ciudad de trabajo:**

**Edad:** \_\_\_\_ años **Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** soltero  casado/unión libre  viudo  divorciado

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

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Tipo de contrato:**

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

**Horas que trabaja diariamente:** \_\_\_\_\_ **Trabaja usted en turno:** Sí\_ No\_

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

**Título:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de experiencia laboral:** \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses.

**Tipo de trabajo:** Tiempo completo  Tiempo parcial

**Tipo de institución:** pública  privada

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

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí\_ no\_

¿Siente que su trabajo toma *tanto tiempo* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí\_ no\_

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? sí\_ no\_

### MBI

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

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

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

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

**DASS-21**

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

0= Nada aplicable en mí

1= Aplicable a mí en algún grado

2= Aplicable en mí en alto grado

3= Muy aplicable en mí

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

## AAQ – II

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

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

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

### UCLA-3 (reducida en 3 ítems)

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= Siempre

2= A veces

3= Rara vez

4= Nunca

Con qué frecuencia...

1. ¿Con qué frecuencia siente que echa en falta tener compañía?

1	2	3	4
---	---	---	---

2. ¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?

1	2	3	4
---	---	---	---

3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado?

1	2	3	4
---	---	---	---

### CALIDAD DE SUEÑO

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

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche? \_\_\_\_\_

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches? \_\_\_\_\_

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?  
\_\_\_\_\_

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

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

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

1= no me ha ocurrido

2= menos de una vez a la semana

3= una o dos veces a la semana

4= tres o más veces a la semana

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

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

muy buena

bastante buena

  


muy mala

bastante mala

  


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

No me ha ocurrido durante el último mes.

  


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, ¿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.

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

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

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

No tengo.  Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama.   
 Sí tengo, pero duerme en otra habitación.  Sí tengo y duerme en la misma cama.

11. En una escala de 1 a 10, ¿puede mencionar qué nivel de cansancio siente al despertar? 1 significa nada cansado y 10 extremadamente cansado.

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