



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID 19 en Nueva Loja – Ecuador en el año
2022**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autor: Noblecilla Polanco, Wendy Elizabeth

Director: Ortega Jiménez, David Mauricio

NUEVA LOJA

2023



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>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 6 de marzo de 2023

Magister

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

Director de la carrera de Psicología

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Nueva Loja-Ecuador realizado por Wendy Elizabeth Noblecilla Polanco ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: David Mauricio Ortega Jiménez

C.I.: 1104555436

Correo electrónico: dmortega1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Wendy Elizabeth Noblecilla Polanco, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Nueva Loja-Ecuador, de la carrera de psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco teórico, COVID-19, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados y discusión, Conclusiones y Recomendaciones, siendo David Mauricio Ortega Jiménez, 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.

.....

Autor: Wendy Elizabeth Noblecilla Polanco

C.I.: 2100240981

Correo electrónico: wenoblecilla@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedico en especial y principalmente a mi bebita no nacida quien murió a vísperas de la culminación de este proceso educativo y quien ha sido mi inspiración y fuerza para continuar en pie de marcha en el alcance de mis objetivos propuestos.

A mis tan amadas hijas, Emely y Mía, quienes son mi motivo de lucha y motivación para no desfallecer y continuar en mi desarrollo profesional como futura psicóloga de este país.

Agradecimiento

Aun con esfuerzo y arduo trabajo, ningún logro se desarrolla sin ayuda. Con esta frase inicio enfatizando mi agradecimiento especial a Dios, por ser mi guía y fortaleza a lo largo de mi existencia, acompañándome en tiempos difíciles y mostrándome el camino correcto, lo que hoy me ha permitido llegar a la culminación de este proceso académico que tanto he anhelado.

A mis padres, por ser los promotores de mi desarrollo personal y profesional, quienes han sabido guiarme con paciencia, principios y amor durante todos estos años.

A mis hijas, quienes durante este proceso de formación han sabido acoplarse a mis tiempos, brindándome su apoyo y comprensión, lo que facilito llevar adelante este proyecto académico.

A mi compañero de vida, quien a través de su ejemplo de perseverancia y trabajo duro, me incentivo al camino de la profesionalización, siendo en todo momento mi guía y apoyo incondicional.

De igual manera, agradecer a la Universidad Técnica Particular de Loja, la facultad de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades y en especial a mis tutores quienes contribuyeron con sus conocimientos y experiencia en mi formación profesional como futura psicóloga.

A mi director de tesis, David Ortega, por su orientación académica y apoyo significativo en el desarrollo del presente trabajo de investigación,

Finalmente, al personal sanitario de los diferentes centros de salud de Nueva Loja, quienes de manera voluntaria, participaron y contribuyeron en la recolección de datos para la elaboración de este estudio.

Índice de contenido

Caratula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Índice de tablas	X
Índice de figuras	X
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	5
Marco teórico	5
1.1 COVID 19	5
1.1.1 Reseña histórica de la pandemia.....	5
1.1.2 Consecuencias de COVID-19	7
1.1.3 COVID-19 en Ecuador.....	10
1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones.....	12
1.2 Afectaciones a la salud mental	16
1.2.1 Salud mental 16	
Ansiedad	17
Depresión.....	18

Estrés.....	19
Burnout.....	20
Alteraciones del sueño.....	22
1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios.....	23
Ansiedad.....	23
Depresión.....	24
Estrés.....	26
Burnout.....	27
Alteraciones del sueño.....	29
1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental.....	30
1.3.1 Inflexibilidad psicológica.....	30
1.3.2 Soledad y apoyo social.....	32
1.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	34
1.3.4 Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la salud.....	36
Capítulo dos.....	39
Metodología.....	39
2.1 Objetivos.....	39
General.....	39
Específicos.....	39
2.2 Preguntas de investigación.....	39
2.3 Diseño de investigación.....	40
2.3.1 Población y muestra.....	42
2.4 Criterios de inclusión / exclusión.....	42
2.5 Instrumentos de recogida de información.....	43
2.6 Procedimiento.....	46

Capítulo tres	50
Análisis de resultados y discusión	50
3.1 Análisis de resultados.....	50
3.2 Discusión	55
Conclusiones	62
Recomendaciones	64
Referencias	66
Apéndice	89
Apéndice A. Batería psicológica aplicada	89

Índice de tablas

Tabla 1 Casos confirmados con COVID-19 en Ecuador	11
Tabla 2 Personas fallecidas en tiempos de la COVID-19.....	12
Tabla 3 Características sociodemográficas y laborales del personal de salud	50
Tabla 4 Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud	51
Tabla 5 Percepción de la salud mental del personal de salud.....	52
Tabla 6 Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.	53
Tabla 7 Calidad de sueño del personal de salud	54

Índice de figuras

Figura 1 Procedimiento	46
Figura 2 Palabras claves y operadores booleanos.....	47
Figura 3 Recogida de información.....	49

Resumen

La COVID-19, ha representado una época de crisis sin precedentes, impactando notablemente sobre la salud mental del personal sanitario, dado los niveles de exposición y sobrecarga laboral. De ahí que, el presente estudio tuvo como objetivo determinar el estado de salud mental de sanitarios durante la COVID-19 en Nueva Loja. Para alcanzar este objetivo, la investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con diseño transversal, exploratorio y descriptivo; con una muestra de accesibilidad-accidental no probabilística, conformada por 40 profesionales de la salud; quienes fueron evaluados mediante los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, MBI, DASS – 21, AAQ-II, UCLA-3 y PSQI. Los resultados obtenidos mostraron una tendencia hacia niveles bajos de burnout, estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño; además de puntuaciones bajo la media en inflexibilidad psicológica y percepción de soledad; lo que indica que la mayor parte de la muestra no presenta afectación en su salud mental. No obstante, es prioritario el establecimiento de programas preventivos para la promoción de la salud de aquellos sanitarios con bajos niveles en las variables estudiadas e intervención focalizada en aquellos con niveles altos de afectación.

Palabras clave: COVID-19, salud mental, personal sanitario.

Abstract

COVID-19 has represented a time of unprecedented crisis, having a notable impact on the mental health of healthcare workers, given the levels of exposure and work overload. Hence, the present study aimed to determine the mental health status of toilets during COVID-19 in Nueva Loja. To achieve this objective, the research was carried out using a quantitative, non-experimental approach, with a cross-sectional, exploratory and descriptive design; with a sample of non-probabilistic accidental accessibility, made up of 40 healthcare workers; who were evaluated using the following instruments: Sociodemographic and Labor Questionnaire, MBI, DASS - 21, AAQ-II, UCLA-3 and PSQI. The results obtained showed a trend towards low levels of burnout, stress, anxiety, depression and sleep disturbances; in addition to scores below the average in psychological inflexibility and perception of loneliness; which indicates that most of the sample does not present affectation in their mental health. However, it is a priority to establish preventive programs to promote the health of those toilets with low levels in the variables studied and intervention focused on those with high levels of affectation.

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

Introducción

Al declararse la COVID-19 como una emergencia de salud pública y posteriormente como pandemia, el mundo entero entró en un estado de alarma debido a los elevados niveles de propagación y gravedad de la enfermedad (Mojica y Morales, 2020). Lo que representó en el Ecuador el colapso del sistema de salud pública e incremento de las jornadas y cargas laborales del personal sanitario, quienes al encontrarse en primera línea y en contacto directo con los pacientes con COVID-19, desarrollaron sintomatología ansiosa y depresiva con repercusiones en su salud mental, además de otros trastornos como el estrés, burnout y alteraciones del sueño, lo que a su vez aumentó la inflexibilidad psicológica y la percepción de soledad debido al aislamiento (Domínguez et al., 2020; Bermejo et al., 2021; Santamaría, et al., 2021).

Por lo tanto, se evidencia la necesidad del presente estudio, el cual tuvo como objetivo principal, determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Nueva Loja. Para tal efecto, se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y de tipo no experimental, transversal y exploratorio; en una muestra de 40 profesionales de la salud de diferentes instituciones públicas, quienes fueron evaluados a través de instrumentos psicológicos, en función de sus características sociodemográficas y laborales, así como niveles de burnout en sus tres dimensiones, identificación de estrés, ansiedad, depresión y calidad del sueño, además del grado de inflexibilidad psicológica y percepción de la soledad.

En lo concerniente a la organización, este estudio se encuentra dividido en tres capítulos, el primero de ellos correspondiente al marco teórico, el cual aborda conceptualizaciones teóricas de investigaciones acerca de variables de salud mental, como: ansiedad, depresión, estrés, burnout y alteraciones del sueño; así como variables psicosociales relacionadas a la misma, tal como: la inflexibilidad psicológica, la soledad y el apoyo social.

Por su parte, el segundo capítulo detalla la metodología empleada en este estudio, donde se describe el objetivo general y los específicos que guían esta tesis, así como las preguntas y diseño de investigación, la población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos de recogida de información y el procedimiento llevado a cabo para la evaluación del personal sanitario de la ciudad de Nueva Loja.

Mientras que el último capítulo, contiene el análisis de los resultados obtenidos y la discusión de los mismos a través de una comparación con otras investigaciones vinculadas a las variables de estudio; además de las conclusiones a las que se llegó después del análisis e interpretación de datos, finalizando con las respectivas recomendaciones.

En relación a las limitantes presentes en esta investigación, se puede recalcar el difícil acceso al personal sanitario, debido a la disponibilidad de tiempo, ya que son personas muy ocupadas; situación que requirió de mucha paciencia y espera para la evaluación. No obstante, al evaluar una muestra relativamente pequeña, fue factible aplicar las baterías psicológicas de forma eficaz, es decir en el tiempo indicado, logrando así el alcance de los objetivos planteados .

En este contexto, la presente investigación aporta y enriquece a las instituciones evaluadas con los datos obtenidos acerca del estado de salud mental de los trabajadores sanitarios; resultados que son de beneficio colectivo, tanto para los profesionales como para los centros de salud y la sociedad en general, ya que a través de ellos, los individuos tienen acceso a un compendio teórico acerca de las variables estudiadas, así como la afectación observada durante la COVID-19; lo que puede ser tomado como referencia para un mejor manejo de este tipo de situaciones en materia de bienestar laboral.

Por lo antes expuesto, el presente estudio es un tema de relevancia que necesita ser abordado con mayor amplitud, ya que representa la base para el desarrollo de programas preventivos que promuevan la salud mental en poblaciones de primera línea en situaciones emergentes como lo fue la pandemia de la COVID-19.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 COVID 19

La aparición de la COVID-19 a inicios del 2020, ha significado un tiempo crítico para Ecuador y el mundo, puesto que ha traído graves consecuencias para la población en general, principalmente para el personal sanitario, quienes sufrieron las secuelas de la enfermedad en distintos ámbitos, los cuales se detallan más adelante.

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

A finales de diciembre del 2019, Wuhan-China fue el escenario primario de una serie de casos reportados de neumonía de etiología desconocida, mismos que epidemiológicamente fueron vinculados al mercado mayorista de mariscos de Huanan, debido a los antecedentes laborales que poseían los pacientes; situación que alerto inmediatamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien inicio los respectivos estudios de estos nuevos casos de neumonía atípica (Castro, 2020).

De ahí que, el 7 de enero de 2020 se identificó un nuevo tipo de coronavirus, mismo que se denominó coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 o SARS-CoV-2, y COVID-19 a la enfermedad producida por este, el cual fue el resultado del análisis más profundo de las muestras del tracto respiratorio, sangre y heces de los pacientes con esta aparente neumonía, (Dabanch, 2021).

Posterior a ello, el virus empezó a propagarse rápidamente, llegando a sobrepasar fronteras y aumentando el número de casos considerablemente; de manera que el 13 de enero de 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en Tailandia, una mujer proveniente de China, quien fue hospitalizada por neumonía leve. Del mismo modo que sucedió en Japón, confirmándose el 16 de enero del 2020 el primer caso de COVID-19, correspondiente a un ciudadano japonés que viajó de Wuhan-China; mientras que en Estados Unidos, el primer caso se reportó en Washington el 21 de enero de 2022, seguidamente por Europa y el resto del mundo (CNN, 2020; France 24, 2020).

De este modo, se desencadenó una ola de contagios masivos a nivel mundial, creciendo diariamente el número de infectados y personas fallecidas; motivo por el cual el 30 de enero de 2020, la OMS declaró a la COVID-19 como una emergencia de salud pública internacional y el 11 de marzo fue declarada oficialmente como pandemia (Mojica y Morales, 2020).

En esta línea conductual, la COVID-19 fue señalada por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020), como “una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus conocido como SARS-CoV-2” (párr. 1). Mientras que, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ([MSP], 2020), en la misma línea manifiesta que “la COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por SARS CoV-2 caracterizada por síntomas respiratorios de gravedad variable que no había sido detectado en humanos hasta la fecha” (párr. 4).

En efecto, la COVID-19 se caracteriza por su fácil transmisión especialmente a través del aire o por la vía respiratoria, siendo su principal ruta de transmisión diminutas gotas y partículas exhaladas por una persona infectada con el virus, las cuales son inhaladas o depositadas sobre ojos, nariz y boca de otras personas, transmitiéndose así la enfermedad (Ciotti et al., 2020).

En cuanto a la sintomatología, la COVID-19 puede presentar desde síntomas leves como: fiebre, tos, dolor de cabeza, fatiga, pérdida del gusto y olfato, dolor de garganta, disnea, debilidad muscular, cefalea, dolor de pecho, síntomas digestivos, entre otros; hasta más graves como: la falta de aire, dolor u opresión persistente en el pecho, sepsis, dificultad respiratoria aguda, pulso irregular; y en el peor de los casos hasta la muerte (Pérez et al., 2020).

En definitiva, la aparición de una neumonía atípica en Wuhan-China a finales del 2019 fue el inicio de la propagación de una enfermedad altamente contagiosa llamada COVID-19, virus de fácil transmisión que se manifiesta principalmente a través de síntomas o afecciones respiratorios, con altos índices de mortalidad.

1.1.2 Consecuencias de COVID-19

Desde el inicio de la pandemia, la población mundial se vio afectada por su impacto, familias y poblaciones enteras tuvieron que adaptarse a la nueva realidad, siendo necesario establecer estrategias para afrontar las graves consecuencias sociales, económicas, laborales, familiares y psicológicas generadas, las cuales se detallan a continuación.

Con respecto a las consecuencias sociales, en Europa las afectaciones se observaron principalmente en la interrupción de los servicios de apoyo y asistencia, especialmente aquellos de atención no urgente relacionados con enfermedades no transmisibles; así como los de salud mental no provocados por la pandemia; la suspensión de prestaciones vinculadas a la violencia y otras asistencias no apremiantes. Del mismo modo, el continente se vio afectado por el aislamiento social, la paralización de la educación, despidos masivos, falta de suministros médicos, suspensión de actividades sociales y turísticas, cierre de fronteras, entre otros (Álvarez y Cabeza, 2020; Pérez, 2021).

En tanto en Latinoamérica, las consecuencias se evidenciaron principalmente en el incremento de las tasas de pobreza y pobreza extrema, debido a, la pérdida parcial o total de los ingresos de los latinoamericanos; además se observó un incremento en los índices de trabajo informal y violencia intrafamiliar producto del confinamiento (Arreaza et al., 2021).

Por su parte, en Ecuador se evidenció repercusiones en el sistema de salud, ya que existió un déficit de mano de obra calificada para frenar y atender los contagios, al igual que carencia de insumos y aumento de precios, imposibilitando al personal de salud brindar una adecuada atención; en tanto, el sistema educativo fue impactado por la suspensión de clases en consecución de clases virtuales que desfavorecían a personas de bajos recursos, por la falta de acceso a internet y dispositivos digitales; además de la violencia en el seno del hogar causado por el encierro, entre otras (Cevallos et al., 2020).

En cuanto a las consecuencias económicas, la bibliografía revisada menciona que en el 2020 se registraron caídas considerables en los mercados financieros mundiales; tal fue el caso de China, quien reportó cifras históricas en el descenso económico de su país, evidenciándose una baja en la producción industrial interanual en un 13,5% (Gil, 2020).

Mientras que, en Estados Unidos la pandemia azotó gravemente su sistema financiero, reflejándose en el 2020 la disminución del Producto Interno Bruto (PIB) en un 3,5% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

Del mismo modo, en América Latina, se evidenció la peor crisis económica, social y productiva reportada en 120 años, registrando una contracción en el PIB de muchos países; siendo Venezuela uno de los más afectados con un PIB de -30%, Perú -11,1%, Panamá -17,9%, Argentina -9,9% y México -8,1%, (CEPAL, 2021). En tanto en Ecuador en el mismo año, el impacto económico significó la pérdida de empleos, la disminución de ingresos y el comercio, la caída de exportaciones y precio del petróleo, cierre de fronteras y reducción del turismo; determinantes para la caída del PIB en -7,8% (Huilca y Baño, 2021).

En lo que se refiere al ámbito laboral, durante la pandemia el desempleo se convirtió en uno de los principales problemas, puesto que el cierre de entidades públicas y privadas generó una ola creciente de despidos masivos, afectando los ingresos de la población y con ello la desigualdad de oportunidades y pobreza (Hernandez et., 2021). Tal fue la afectación que la Organización Internacional del Trabajo ([OIT], 2021) señaló que en el 2020 existió una reducción total o parcial de la cantidad de horas de trabajo en 4,1% en África, 4,7% Américas, 4,9% Estados Árabes y 7% en Europa y Asia.

En relación a Latinoamérica, la pérdida de empleo fue de: 7,8 millones en Brasil; 4,2 millones en Colombia; 2,4 millones en Perú y 1,6 millones en Chile (Weller et al., 2020). Además de Ecuador en donde se observó la caída de la tasa de empleo bruto en 11,1% a causa de la reducción de ventas; sin olvidar los empleos informales que pasaron a la inactividad por la cuarentena, afectado a la población entera, sus ingresos y sustentos (Esteves, 2020).

En lo que respecta al ámbito familiar, la COVID-19 marcó notablemente a este grupo, puesto que sus fuentes de trabajo e ingresos se vieron afectados por el confinamiento, además de la pérdida de sus miembros a causa de la enfermedad, el incremento de la violencia en el hogar y el abuso sexual (Díaz, 2021; DW, 2020). De esta

manera, muchos países se acogieron a la confinación total, teniendo las familias que adaptarse y crear nuevas rutinas y pasatiempos; situación que incrementó la sintomatología emocional de ciertas personas (Díaz, 2021).

A nivel internacional, las familias tuvieron que adaptarse al teletrabajo, lo cual representó para muchas mujeres, ser el sustento del hogar, llevando a cabo sus actividades laborales en casa, en conjunto con el acompañamiento de los hijos en la educación virtual, realizando trabajo doméstico no remunerado y el cuidado físico y mental de sus familiares (CEPAL, 2020).

En tanto en el Ecuador, las familias principalmente de la zona urbana tuvieron que adaptarse a la nueva realidad y hacer de sus hogares su lugar de estudio, trabajo y ocio; siendo el internet una de las herramientas de mayor utilidad en esos tiempos (Naranjo, et al., 2020). Adicionalmente, como menciona el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer ([CEPAM], 2020) también se evidenció un incremento en la violencia física, sexual y psicológica de mujeres y niños, quienes estuvieron expuestos a un confinamiento de terror junto a miembros de sus familias.

Por su parte, las consecuencias psicológicas producto de los cambios en las dinámicas sociales, el confinamiento y temor al virus, se evidenciaron en el aumento de trastornos emocionales, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrés, irritabilidad, insomnio, ira y agotamiento emocional; afectando mayormente a personas con padecimientos de enfermedades graves, personas que perdieron algún miembro de su familia, personal sanitario, poblado migrante, personas en estado de calle, entre muchos otros grupos de mayor vulnerabilidad (Broche et al., 2021).

Sin lugar a duda, la pandemia impactó fuertemente la población mundial, un claro ejemplo es España, ya que según el Centro de Investigaciones Sociológicas ([CIS], 2021) el 6,4% del poblado visitó un profesional de la salud mental entre el 2020 y 2021. De igual manera, EEUU reflejó en sus encuestas nacionales una prevalencia de 45% en la población con padecimientos de angustia, 37% en ansiedad y 30% en depresión; Canadá con 28% en

ansiedad y 17% en depresión; Perú con 6% en ansiedad y 4% en depresión; y Brasil 44% en ansiedad y 61% en depresión (Tausch et al., 2022).

En esta perspectiva, en el Ecuador las prevalencias de afectaciones psicológicas según un estudio realizado indican que el 70% de las personas solteras durante la pandemia por COVID-19 tuvieron mayor tendencia a suicidios; porcentaje del cual el 58% pertenecían a la región sierra, 31% a la costa y el 11% a las Galápagos y la amazonia. Adicionalmente, los estudios realizados denotaron que 6 de cada 10 casos de depresión resultaron ser mujeres; del mismo modo que 4 de cada 10 personas de estado civil viuda/o padecían de depresión (Paladines et al., 2021).

En síntesis, la bibliografía revisada pone al manifiesto que la COVID-19 fue una época devastadora que obligó a las naciones a tomar medidas drásticas en un intento por contrarrestar la enfermedad, ya que su paso por el mundo trajo graves consecuencias, que se evidenciaron principalmente a nivel económico, en la caída de los mercados financieros mundiales; así como en lo laboral, en sus altas tasas de desempleo y despidos; en lo social, en la falta de suministros médicos y capital humano capacitado; además del ámbito familiar, en la pérdida de sus miembros y el aumento de las tasas de violencia y abuso sexual; del mismo modo que el ámbito psicológico, en el incremento de trastornos emocionales .

1.1.3 COVID-19 en Ecuador

Al mismo tiempo que el virus se conocía a nivel mundial y empezaba a cobrar sus primeras víctimas, el 29 de febrero de 2020 en Ecuador se identificó el primer caso de coronavirus en la provincia de Guayas; una ciudadana de origen ecuatoriana con residencia en España, quien había ingresado a territorio nacional sin síntomas de la enfermedad, el 14 de febrero. Sintomatología que solo apareció días más tarde después de su entrada al país y que se manifestó a través de malestar y fiebre, propiciando su hospitalización y posterior fallecimiento. Confirmándose así, el primer paciente COVID-19, situación que encendió las alarmas del país, intensificando el control del cerco epidemiológico de la paciente (Santilán y Palacios, 2020).

No obstante, y pese a las alarmas del MSP, tres personas más procedentes de España y Suecia fueron diagnosticados positivos para COVID-19 en los siguientes días. En consecuencia, los casos positivos se incrementaron rápidamente llegando a todas las provincias del Ecuador, siendo Guayaquil uno de los epicentros de la enfermedad, donde se evidenció el colapso de hospitales y morgues que obligó a la población a abandonar los cuerpos de sus familiares en veredas y calles de la ciudad (Ortiz y Fernández, 2020).

Del mismo modo, el virus de la COVID-19 ingresa a Sucumbíos, a través de un ciudadano de nacionalidad holandesa, quien se encontraba vacacionando en Playas de Cuyabeno; el ciudadano presentaba fiebre y tos, por lo que fue trasladado al hospital Marco Vinicio Iza en la ciudad de Nueva Loja, para más tarde debido al diagnóstico positivo y su gravedad, trasladarse a la capital. No obstante, días después se registró el primer contagio de la provincia, el cual provenía del médico que atendió al ciudadano holandés, propagándose así el virus entre el personal sanitario y demás población (Morán, 2020).

En esta perspectiva, la tabla siguiente detalla el número de casos confirmados por provincia y el total a nivel nacional desde el 29 febrero 2020 hasta el 08 enero 2022.

Tabla 1

Casos confirmados con COVID-19 en Ecuador

Provincia	Casos confirmados	Provincia	Casos confirmados
Azuay	30.258	Los Ríos	14.246
Bolívar	8.107	Manabí	38.870
Carchi	10.153	Morona Santiago	7.617
Cañar	7.571	Napo	4.743
Chimborazo	10.034	Orellana	4.264
Cotopaxi	13.213	Pastaza	3.970
El Oro	27.013	Pichincha	206.286
Esmeraldas	10.486	Santa Elena	4.911
Galápagos	1.623	Santo Domingo	13.398
Guayas	84.950	Sucumbíos	6.957
Imbabura	18.642	Tungurahua	17.232
Loja	19.465	Zamora Chinchipe	3.323
Total, casos confirmados		567.332	

Nota. Adaptado del MSP (2022).

De la misma manera, en la tabla 2 se puede observar el total de personas fallecidas a nivel nacional en el periodo 2020-2022, así como los casos de fallecidos confirmados con COVID-19 y aquellos probables.

Tabla 2

Personas fallecidas en tiempos de la COVID-19

	2020	2021-2022
Confirmadas	15.490	8.382
Probables	8.303	1.534
Total	23.793	9.916
Total, nacional:	33.709	

Nota. Adaptado del MSP (2022).

En atención a la problemática y para reducir el impacto de la COVID-19, el MSP implementó un plan de inmunización, arribando al Ecuador vacunas de origen chino (Sinovac y Cansino), estadounidenses y alemán (Pfizer), y sueco-británica (AstraZeneca); mismas que han sido administradas a la población ecuatoriana. De forma que, hasta abril de 2022, un 86,3% de la población se habían vacunado, de los cuales el 79,4% están completamente inmunizados y 6,9% solo parcialmente; es decir 13.89 millones de personas han sido completamente vacunadas (Observatorio Social del Ecuador, 2021).

En resumen, la COVID-19 llegó al Ecuador a inicios del 2020, propagándose en las diferentes provincias del país, lo cual conllevó a un colapso del sistema sanitario, sobre todo en Guayaquil; evidenciando altas tasas de mortalidad debido a la enfermedad, por lo que el gobierno inició un año más tarde un programa de inmunización que ha permitido salvaguardar la vida de los ecuatorianos y reestructurar la economía del país.

1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

La COVID-19 como un problema de salud pública mundial, ha significado un desafío para el personal sanitario (médicos, enfermeras, obstetras, personal de laboratorio, auxiliares de enfermería y psicólogos), quienes han tenido que hacerle frente a situaciones

difíciles y estresantes, con repercusiones en el ámbito laboral, familiar y psicológico, las cuales se detallan a continuación.

En lo laboral, la medicina como vocación fue lo que el mundo evidenció del personal sanitario frente a la COVID-19, debido a las extensas jornadas laborales sin descanso a las que estuvieron expuestos, así como las condiciones de estrés causadas por el contacto continuo con el sufrimiento humano, la escasez de recursos materiales, falta de capacitación en la materia y escasez de equipos de protección individual (EPI) tan necesarios para proteger sus vidas (Domínguez et al., 2020).

Tales fueron las repercusiones para el personal sanitario, que muchos de ellos murieron en su labor, pasando a formar parte de las estadísticas mundiales de mortalidad en los primeros seis meses del 2020; de manera que en Reino Unido se evidenciaron 272 fallecimientos vinculados a la COVID-19, mientras que en Rusia 545, Italia 188, Estados Unidos, 92.572 confirmados, Brasil 351, México 248 y Ecuador con 84 personas fallecidas pertenecientes al personal sanitario (Amnistía Internacional, 2020).

Por otro lado, estudios realizados en China demuestran que el contagio del virus hacia el personal sanitario estuvo vinculado con la falta de EPI; lo mismo que, en Estados Unidos y Reino Unido donde la insuficiencia, uso inadecuado y utilización de los EPI incrementó el riesgo de contraer la enfermedad; mientras que en otro estudio realizado en Perú, se evidenció que solo el 53,9% del personal de salud recibió EPI por día, 40,6% nunca lo recibió y el 55% manifestó haber trabajado más de 12 horas diarias (Arpasi et al., 2022; Raraz et al., 2021).

De lo expuesto, Valarezo (2020) menciona que, en Ecuador, los trabajadores sanitarios también conocidos en tiempo de COVID-19 como héroes de bata blanca, hicieron frente a las consecuencias derivadas de la pandemia en su lugar de trabajo; asumiendo el riesgo diario de la enfermedad, en un colapso del sistema sanitario, causado por el exceso de pacientes, la escasez de recursos materiales y humanos y la falta de camas en los hospitales; lo que provocó la renuncia de ciertos trabajadores.

En el ámbito familiar, factores como la cultura, tradición, religión y valores influyeron en el confinamiento de las familias, especialmente la del personal de salud; quienes experimentaron sentimientos de culpa y paranoia en el hogar a causa de las percepciones emitidas por familiares quienes consideraban en ciertos casos al trabajo como alto riesgo de contagio y muerte; lo que produjo el aislamiento de estos miembros por parte de sus seres queridos (Alay y Flores, 2021).

En efecto, investigaciones llevadas a cabo en Cuba y Colombia señalan que el aislamiento familiar fue notable en el personal de salud, debido al temor de contagiar a sus familias, de modo que un 67,8% declaró haber pensado en mudarse de casa; de la misma manera, se evidenció un 3,84% en referencia a los problemas de convivencia con la pareja debido al trabajo (Monterrosa et al., 2020; Veloso et al., 2022).

Adicionalmente, el personal sanitario sufrió las consecuencias de la COVID-19, en extensas jornadas laborales y cansancio extremo que repercutió en la ausencia de tiempo para compartir en familia, crisis familiares, violencia verbal, divorcios, falta de entendimiento, poco control en las actividades escolares de los hijos, falta de comunicación con los miembros de la familia, entre otros (Bermejo et al., 2021).

En tanto, las consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia en el personal de salud se manifestaron en la sobrecarga emocional y elevada tensión, además de mayor nivel de susceptibilidad en el desarrollo del Burnout, insomnio y estrés laboral, con repercusiones en la depresión, ansiedad, y otros trastornos (Martín y Pacheco, 2021).

Tal como lo menciona la OMS (2020), la COVID-19 “está causando preocupación, miedo y estrés generalizados, todos los cuales son reacciones naturales y normales a la situación cambiante e incierta en la que todos se encuentran” (párr. 1).

Al respecto, las tasas de prevalencia de las afectaciones psicológicas en el personal sanitario se reflejan en diversos estudios realizados a nivel mundial, los cuales señalan: que en China por ejemplo 50,7% del personal presentaban síntomas de depresión, 44,6% ansiedad, 35% insomnio y 71,5% distrés (Lai et al., 2020). Mientras que en Italia el estrés

postraumático fue de 49,38% y en Singapur 14,5% en ansiedad, 8,9% depresión, 7,7% estrés postraumático y 6,6% distrés (Rossi et al., 2020; Tan et al., 2020).

De igual manera, en Colombia durante el 2020, 40% del personal de salud sufrió de ansiedad, depresión o insomnio (Centro de Excelencia en Investigación en Salud mental, 2020). Por su parte, en Ecuador según Peñafiel et al. (2021) se evidenció un 32% del personal de salud quienes presentaron estados de ansiedad, mientras que el 50% estados de depresión y el 29% miedo al COVID-19.

Prevalencias que reflejan la intensidad de las afectaciones psicológicas en el personal de la salud mundial, situación que no se diferencia de Ecuador en donde el personal sanitario se ha visto expuesto a gran presión laboral en un servicio de salud precario, con altos niveles de contagio y estrés laboral que detonaron en afectaciones en la salud mental (Bermejo et al., 2021).

Adicionalmente, el personal sanitario mundial también tuvo que lidiar con violencia, discriminación, amenazas y agresiones físicas y psicológicas por parte de la población que debido al estrés y miedo al contagio rechazaban a estos profesionales. De tal manera, que existió rechazo al normal desempeño de las actividades en la sociedad como ir al supermercado, tomar el transporte público, etc. Como resultado, datos informativos de la prensa Latinoamérica, evidencian estos casos de discriminación o violencia contra trabajadores sanitarios; reportándose en "México: 40 casos, Colombia: 20, Argentina: 10, Venezuela: 9, Paraguay: 8, Honduras: 4, Panamá: 4, Perú: 2, Costa Rica: 1 y El Salvador: 1" (Valdés et al., 2020).

Con base en la bibliografía citada, se puede concluir que la COVID-19 fue una época emergente a nivel mundial que afectó fuertemente a la humanidad, pero principalmente al personal sanitario, quienes sufrieron las consecuencias de su trabajo, evidente en las extensas jornadas laborales sin descanso, EPI y recursos materiales para hacerle frente a la enfermedad. Al mismo tiempo que, el aislamiento de familiares y el incremento de problemas de salud mental como la depresión, ansiedad, estrés, burnout, etc.

1.2 Afectaciones a la salud mental

Como se ha señalado en el párrafo anterior el personal sanitario ha sido afectado por diferentes aspectos en el ámbito laboral, social y familiar; los cuales pueden vulnerar la salud mental del trabajador, por tal razón a continuación se detalla las principales variables relacionadas a este tema.

1.2.1 Salud mental

La salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018, párr. 1). En este contexto, sale a relucir la importancia de la salud mental como un componente de la salud, ya que, de no existir salud mental en la persona, no podemos hablar de salud.

De ahí que, la OMS (2018), conceptualizó la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad” (párr. 2).

Por su parte, Houtman y Kompier (1998) definen a la salud mental positiva como un estado de bienestar psicológico que conlleva al adecuado manejo de emociones con efectos positivos que contribuyen a la satisfacción personal, estabilidad y una vida más feliz.

En esta línea, se reconoce la definición de la OMS como referencia mundial, debido a la controversia de su conceptualización; ya que la salud mental es también definida por el ámbito de aplicación. Es así como, desde la psiquiatría, la salud mental es el estado de equilibrio y adaptación de una persona en su entorno, el cual contribuye a su crecimiento y bienestar (Carrazana, 2003). Mientras que, para la psicología, la salud mental es un estado positivo permanente, caracterizado por la adaptación y el sentido por la vida en consecución de la autorrealización (Davini et al., 1978).

En esta perspectiva, la salud mental es tan importante como la física, ya que es la base del bienestar individual y comunitario; pues de esta radica el equilibrio emocional y

tranquilidad de la persona para una mejor calidad de vida y desenvolvimiento social; evitando de esta forma el riesgo de padecimientos mentales (Rodríguez et al., 2020).

Por consiguiente, queda claro que la salud mental es una pieza fundamental de bienestar, la cual para el personal sanitario en tiempos de COVID su importancia radicó en el equilibrio mental para el manejo de las situaciones estresantes vividas durante la COVID; proporcionando estabilidad para continuar en tal difícil situación (Traub y Sapag, 2020).

De allí que, la salud mental y el bienestar del personal sanitario es fundamental en su labor diario y más aún cuando se trabaja en situaciones de presión constante, sin la capacitación pertinente, tal como sucedió en tiempos de pandemia, donde se evidenció carga laboral, burnout, ansiedad, estrés, etcétera; la cual derivó a una difícil adaptación y afectaciones en la salud mental del personal (Lozano, 2020; Santamaría, et al., 2021).

En definitiva, la salud mental es un estado de bienestar permanente consigo mismo y con el mundo, a través del cual la persona es capaz o no de sobrellevar el estrés de la cotidianidad, la cual puede verse afectada en términos de ansiedad, depresión, estrés, burnout y calidad de sueño.

Ansiedad

Proveniente del latín "anxietas", la ansiedad se define como la respuesta emocional que posee un individuo ante un suceso amenazante o estresante, respuesta caracterizada por el miedo, intranquilidad y nerviosismo (Fern, 2015). Por su parte, para Sierra et al., (2003), la ansiedad, es "un estado desagradable de agitación e inquietud, cuya característica es la anticipación al peligro, y presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales" (pp. 16-18).

De estas manifestaciones, sale a relucir la definición de Lovibond y Lovibond (1995), quienes describen a la ansiedad "en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo" (pp. 33, 335-343).

Siguiendo el hilo de estas ideas, la ansiedad ha sido clasificada por la Asociación Americana de Psicología ([APA], 2014), en diferentes tipos de trastornos como: la

agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobias específicas, trastorno de ansiedad inducido por sustancias hasta el trastorno de ansiedad específico y no específico.

En lo referente a la sintomatología de la ansiedad, esta se manifiesta comúnmente a través de sensaciones de nerviosismo, sentimientos de peligro inminente, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, exceso de sudoración, problemas de concentración, dificultad para conciliar el sueño, miedo, crisis de pánico, inseguridad, náuseas, temblor, otros (OMS, 2003).

Ahora bien, las causas de la ansiedad han sido vinculadas a factores psicológicos, sociales, genéticos y del entorno; tal es el caso de la predisposición genética heredada, que contribuye al desarrollo de la ansiedad. Así como de los factores psicológicos, asociados al riesgo de padecer un trastorno de ansiedad, como lo son: los traumas, exceso de estrés, rasgos de la personalidad, otros trastornos mentales (APA, 2014).

Siguiendo el hilo de las causas que conllevan a la ansiedad, encontramos también aquellos factores sociales que intervienen en la salud mental, como: las drogas, los estilos de crianza, las relaciones sociales, entre otros; y finalmente aquellos de mayor magnitud que afectan a toda una población, como las catástrofes naturales, la guerra o una pandemia como la recientemente vivida durante estos años por la COVID-19 (Bulbena et al., 1991; Torres et al., 2020).

En síntesis, la ansiedad es un estado de irritabilidad, inseguridad y miedo ante un evento que una persona percibe como amenazante, aunque esta no lo sea; padecimiento que es externalizado a través de síntomas como la sudoración, el miedo, problemas de concentración, entre otros factores ya nombrados con anterioridad.

Depresión

La depresión “es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021, párr. 1).

Cabe mencionar, que Lovibond y Lovibond (1995), describen la depresión como:

Un trastorno compuesto por síntomas normalmente asociados con estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad); caracterizado principalmente por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo. (pp. 33, 335-343)

Por su parte, la APA manifiesta que la depresión es la presencia de un estado profundo de tristeza, caracterizado por alteraciones del comportamiento e interferencias en la vida del individuo, la cual se extiende como mínimo por dos semanas o más (APA, 2017).

Ahora bien, en cuanto a los síntomas depresivos, estos son similares para todos los tipos de trastornos de depresión, diferenciándose solo por el tiempo de duración. Entre los síntomas más comunes están: tristeza, desesperanza, culpabilidad, sensación de vacío, irritabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse, afectaciones del sueño, cambios de apetito, pérdida de interés de las actividades, aislamiento, ansiedad, llanto, etcétera (APA, 2014).

Dentro de este marco, la depresión es el resultado de diversos factores sociales, psicológicos y biológicos; que en combinación con otros factores incrementa las posibilidades de padecer algún tipo de trastorno depresivo. De allí que, la depresión se atribuye a: antecedentes familiares, pérdidas, traumas, abusos, desempleo, situaciones conflictivas, enfermedades físicas, abuso de sustancias, divorcios, estrés, problemas a nivel social y otros (San Molina y Arranz, 2010).

En conclusión, la depresión causada por múltiples factores de índole psicológico, biológico y social es un estado emocional de tristeza, desesperanza y desmotivación, que provoca la disminución de interés de las actividades usuales, afectando la vida diaria y la capacidad para desenvolverse en el entorno.

Estrés

Tal como señalan Lovibond y Lovibond (1995), el estrés es “cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y

activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado” (pp. 33, 335-343).

Algo semejante menciona Ávila (2014), quien describe al estrés como una reacción fisiológica producto de la interacción social y el estilo de vida provoca alteraciones en las funciones del organismo; el cual puede ser controlado y contrarrestado. De igual forma, el estrés es definido como una respuesta del organismo a situaciones externas amenazantes que alteran de una forma u otra el equilibrio emocional del individuo (Orlandini, 2012).

Dado lo anterior, el estrés como reacción del individuo se evidencia en su sintomatología psicológica, fisiológica y emocional; síntomas psicológicos caracterizados por inseguridad, sentimientos de soledad y miedo, pensamientos negativos, problemas de concentración, falta de atención, cambios de conducta, insomnio y preocupación constante, dificultad en las relaciones personales. A diferencia de la sintomatología fisiológicos manifestada en la tensión muscular, temblor, problemas de digestión, dolor de cabeza, hipertensión, dolor de cuello, espalda y pecho (Sarsosa y Charria, 2018).

De ahí que, diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes del estrés, aunque algunas veces aparezca sin causa aparente; cualquier situación que atraviese el individuo, a la cual considere amenazante será causa probable de estrés; tal es el caso de exámenes, preocupaciones económicas, divorcio, desempleo, pérdida de un ser querido, trabajo, etc. No obstante, el estrés no siempre es externo pues también es producto de la persona misma, es decir, rasgos de personalidad y la forma de hacerle frente a los problemas (Barrio et al., 2006).

En esta perspectiva y a modo de resumen, el estrés es la reacción fisiológica que exterioriza una persona ante una amenaza percibida por situaciones de presión a las que debe enfrentar, que ocasionan a su vez el deterioro físico y psicológico del cuerpo; el cual varía en función de la percepción del individuo frente a los estímulos causantes de estrés.

Burnout

En lo que se refiere al burnout o también conocido como el síndrome del desgaste o agotamiento físico y mental, Freudenberg (1974), lo describe como una “sensación de

fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (pp. 159-165).

Mientras que, Maslach y Jackson (1981, como se citó en Olivares-Faúndez, 2016), señalan que el burnout es “un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas” (p. 1). En este sentido, el burnout es entendido también como un estado de cansancio físico, mental y emocional, que surge en consecuencia de un periodo prolongado de exposición a factores propios del trabajo (Gil y Peiró, 1997).

Dado lo anterior, los síntomas del síndrome del quemado o burnout pueden ser psicológicos y fisiológicos; manifestándose la sintomatología psicológica por: la dificultad de concentración, aumento de errores, baja realización personal, agotamiento emocional, irritabilidad, impotencia, frustración, baja autoestima, ansiedad, cambios de humor, bajo desempeño, desmotivación, etc. Además de aquellos síntomas de índole fisiológico evidenciados en el cansancio crónico que no se disipa con el descanso, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, mareos, obesidad y sobrepeso, dolores musculoesqueléticos, estreñimiento, diarrea, entre otros síntomas (Tejero & Fernández, 2007; Torres, 2022).

Por otro lado, las causas del síndrome del quemado no son tan simples de establecer; no obstante, la salud y psicología organizacional han señalado factores como: el aburrimiento, estrés, sobrecarga laboral, falta de estimulación, falta de capacitación para ejercer el puesto de trabajo, bajos salarios, presión laboral, condiciones precarias de trabajo, conflicto de rol, relaciones laborales conflictivas, imposibilidad de crecimiento laboral; además de factores personales como la edad, sexo, personalidad y variables familiares (Rosales y Rosales, 2013).

En definitiva, el síndrome del quemado o burnout es el agotamiento físico, mental y emocional al que llega una persona como respuesta de una interacción conflictiva en el trabajo, en consecución del desequilibrio productivo y la insatisfacción profesional; ocasionado por diferentes factores propios del lugar donde se ejerce una labor. Síndrome

que además genera una variedad de síntomas y múltiples consecuencias, en un proceso progresivo de reacciones negativas hacia el puesto y lugar de trabajo.

Alteraciones del sueño

Para comprender las alteraciones del sueño, es importante conceptualizar primeramente el sueño como tal, el cual es definido como un estado biológico activo reversible en el que se distinguen las etapas del sueño de ondas lentas (NREM) y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM), caracterizado por una relativa tranquilidad, disminución de la conciencia y la posibilidad de reaccionar a estímulos externos (Fabres y Moya, 2021).

Por consiguiente, la alteración del sueño es un concepto general que involucra la disminución de la cantidad y calidad de sueño, provocando su fragmentación, así como despertares nocturnos (Granados et al., 2013). Es así como, las alteraciones del sueño en una persona se evidencian en la dificultad para iniciar o mantener el mismo, desarrollando conductas anormales cuando este duerme, además de somnolencia diurna excesiva y disminución del rendimiento al día siguiente (Fabres y Moya, 2021; Miró, et al., 2005).

De ahí que, las alteraciones del sueño generalmente son un síntoma de un trastorno o grupo de enfermedades relacionadas a la calidad e integridad del sueño nocturno, las cuales afectan directamente la salud y calidad de vida del individuo que la padece (Álamo et al., 2016).

Como resultado, la APA (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5 (DSM-V) clasifica los trastornos del sueño-vigilia en: insomnio, hipersomnia, narcolepsia, apnea del sueño, parasomnias, otros.

En concordancia con estas afirmaciones y según criterios diagnósticos del DSM-V la sintomatología general de los trastornos del sueño va desde la dificultad para iniciar y mantenerlo, hasta el agotamiento físico y mental; además de despertares tempranos, sueño diurno, bajo rendimiento, deterioro en las actividades profesionales, familiares y sociales, entre otros síntomas más específicos de cada trastorno (APA, 2014).

Al respecto se debe considerar que las causales dependen en gran medida de cada caso en particular, tomando en cuenta que la combinación de causas genera un estado mayor de alteraciones; dicho esto las causas más comunes son: exceso de dispositivos electrónicos, ingesta de alcohol, depresión, estrés, estilos de vida no saludables, preocupaciones, sobrecarga y hasta la genética, incluyendo también las causas derivadas de enfermedades (OMS, 2003).

De estas manifestaciones se concluye que las alteraciones del sueño provocan modificaciones en el proceso normal del sueño, además de constituir un factor de riesgo para la aparición de otras patologías. De allí que, el sueño puede alterarse por varias razones, desde situaciones emocionales hasta problemas de salud; afectando la conciliación del sueño y generando problemas de un descanso adecuado.

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

La COVID-19 ha significado la causal de un sin número de muertes a nivel mundial, representando una de las épocas más devastadoras, además del origen de notables consecuencias en la salud mental de profesionales sanitarios, con una mayor predominancia en estrés, depresión, ansiedad, alteraciones de sueño y burnout.

Ansiedad

La ansiedad ha resultado ser una de las repercusiones más comunes durante tiempos de pandemia, para el personal de salud; lo cual se constata mediante estudios realizados, como la investigación llevada a cabo en España sobre COVID-19 y salud mental. La cual ha puesto al manifiesto la presencia de sintomatología ansiógena durante el pico de la pandemia, estimando que el 45% del personal sanitario estudiado lo presentaba; niveles de ansiedad que afectaron el bienestar de estas personas, incrementando así los niveles de angustia y disminuyendo la percepción de autoeficacia durante la jornada laboral (Rodríguez et al., 2020).

Por su parte, en Estados Unidos un estudio realizado mediante encuesta web a 657 médicos y enfermeros indicó que un 33%, en su mayoría enfermeras, padecía síntomas de ansiedad a causa de la admisión de pacientes hospitalizados (Shechter et al., 2020).

Mientras que, en Cuba, una investigación realizada a 61 profesionales que trabajaban con casos positivos de COVID-19, evidenció una prevalencia de nerviosismo del 54,1% como consecuencia relacionada a la ansiedad (Miranda et al., 2021).

En lo que respecta al Ecuador, otro estudio llevado a cabo a profesionales en enfermería que trabajan en el Hospital Alfredo Noboa de Guaranda obtuvo como resultado un índice de ansiedad de 40,66%, con una incidencia de ansiedad leve de 10,99%, mientras que la ansiedad moderada se reflejó en un 19,78%, a la vez que la ansiedad severa fue de 4,40% y 5,49% de ansiedad extremadamente severa (Pilataxi et al., 2021).

En efecto, el impacto psicológico y social provocado por la ansiedad en el personal sanitario durante la pandemia de la COVID-19 fue evidenciado en el desarrollo de otros trastornos como la depresión, ansiedad generalizada y estrés postraumático, además de problemas de autoestima, insomnio, incremento del consumo de sustancias, estrés crónico, afectación en las relaciones interpersonales, aislamiento, pensamientos e intentos suicidas; todo ello como respuesta a la exposición directa con el virus y sus secuelas (Acosto y Iglesias, 2020; Monterrosa et al., 2020; Ramírez et al., 2020).

Por su parte, la OPS (2020) ha señalado que a medida que la población latinoamericana presentaba sintomatología ansiosa debido a la pandemia, el incremento del consumo de alcohol se intensificaba como una forma de sobrellevar la situación. De este modo, el abuso de sustancias se ha vinculado también al personal sanitario durante la pandemia de la COVID-19 como resultado del estrés, ansiedad, y depresión (Park y Park, 2020).

En resumen, la ansiedad como una respuesta emocional ante un suceso amenazante fue evidenciado en el personal de la salud a causa de la exposición al virus, lo cual repercutió en la salud mental de los sanitarios, desarrollando patologías ansiosas con consecuencias principalmente a nivel psicoafectivo.

Depresión

La depresión como una patología de mayor predisposición a nivel mundial, durante la pandemia presentó un incremento en los casos diagnósticos reportados, entre los cuales se encontraban los trabajadores sanitarios como los más afectados (Ramírez et al., 2020).

Un ejemplo de lo antes expuesto es el estudio llevado a cabo por Gallego et al. (2021) en España, el cual demostró que el 60,3% de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes diagnosticados con COVID-19 sufren de depresión con consecuencias en la reducción de la satisfacción laboral. Así mismo, un estudio desarrollado en Estados Unidos por medio de encuesta web, señaló que un 48% en su gran mayoría enfermeras padeció de síntomas depresivos (Shechter et al., 2020).

Por su parte, en Colombia el estudio llevado a cabo a 1.247 trabajadores de salud arrojó que el 14,6% padecía de síntomas depresivos, de los cuales 26% eran leves, 8,2% moderados y 4,7% graves, debido a la carga laboral (Restrepo et al., 2021). Algo semejante ocurre en Ecuador, donde a través de un estudio realizado se evidenció que el 34,50% de los profesionales de salud presentaba sintomatología depresiva (Naranjo y Poveda, 2021).

En esta perspectiva, en el ámbito laboral, la depresión en tiempos de pandemia tuvo mayor predisposición en los sanitarios con consecuencias en: los niveles de absentismo falta de concentración, insomnio, bajo desempeño, malas relaciones laborales, insatisfacción laboral, calidad de atención, toma de decisiones y discriminación (Bermejo et al., 2021; Domínguez et al., 2020).

De ahí que, el absentismo como una consecuencia de la depresión, ha sido parte de los problemas que aquejan a las organizaciones a nivel mundial; al respecto, se calcula que en México las personas con depresión pierden en promedio 2.7 días más de trabajo que aquellas mentalmente sanas (Villa et al., 2017). En este sentido, la depresión en tiempos de COVID-19, tuvo un marcado predominio en el personal sanitario, ya que el miedo de contagio, las largas jornadas laborales y las muertes fueron factores que aumentaron la sintomatología depresiva y contribuyeron a su desarrollo (Peñafiel et al., 2021).

Por su parte, en el ámbito psicológico y social, la depresión durante el epicentro de la pandemia en el personal sanitario trajo consigo consecuencias que incluyeron

“pensamientos recurrentes e intrusivos sobre los eventos experimentados, alteraciones del sueño, memoria y concentración, hipervigilancia e hiperexcitación, ira, desmotivación, desregulaciones del estado de ánimo, conductas evitativas hacia las actividades, abuso de alcohol o drogas, entumecimiento, aislamiento y desapego psicológico” (Nicolini, 2020, p. 4).

En definitiva, los diferentes estudios antes detallados, colocan a la depresión como una de las patologías de mayor prevalencia en los trabajadores sanitarios durante la pandemia, lo cual ha afectado la salud mental y el bienestar de esta población.

Estrés

Como se ha constatado hasta el momento, la pandemia ha significado un factor de riesgo para la salud mental, evidenciándose el desarrollo de afecciones como el estrés, lo cual se observó en diversas investigaciones como en Australia y Nueva Zelanda en donde un estudio realizado al personal sanitario en tiempos críticos de COVID-19, mostro una prevalencia de estrés moderado a grave de 28% (Hammond et al., 2021). Por otro lado, en una investigación transversal llevado a cabo a 531 médicos generales colombianos que ejercieron durante la pandemia, se evidenció que un tercio de ellos presentó estrés laboral leve y 6% estrés severo (Monterrosa et al., 2020).

Mientras que, a nivel nacional, estudios reflejan que el personal de enfermería que ejerció su labor en el área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), estuvieron sometidos bajo mucha presión, considerando su trabajo como una ocupación muy estresante y de alta prevalencia de enfermedades mentales, lo cual se reflejó en los resultados obtenidos con un 21% de niveles de estrés en los encuestados (Betancourt et al., 2020).

En este sentido, en el Ecuador como en el resto del mundo, el personal sanitario en su arduo labor diario en el epicentro de la pandemia se vio afectado por el estrés además de consecuencias como: alteraciones del sueño, burnout, problemas de concentración, cansancio, consumo de sustancias, agotamiento emocional, problemas en las relaciones interpersonales, tristeza, soledad, llanto, disminución del apetito, sensibilidad, angustia, irritabilidad, baja autoestima, aislamiento, pensamientos intrusivos, ansiedad, depresión (Muñoz et al., 2020; Quijije, et al., 2020; Ramírez et al., 2020).

En Colombia, por ejemplo, un estudio revela que el 80% del personal de salud experimentó disminución de apetito, respiración entrecortada, temblores musculares, tics nerviosos y sudoración como consecuencia de estados de estrés (Monterrosa et al., 2020). Mientras que, en China personal médico de primera línea reflejó altas tasas de insomnio (34%) debido al estrés por la COVID-19 (OMS, 2020).

En fin, el nuevo coronavirus ha representado un detonante en la salud mental de los trabajadores sanitarios, siendo el estrés una de las afecciones con mayor representatividad en esta población, la cual ha incurrido en consecuencias perjudiciales tanto a nivel laboral como psicológico.

Burnout

A nivel mundial el personal sanitario fue sometido a extensas jornadas laborales, lo cual trajo afectaciones en el ámbito laboral de estas personas, repercutiendo en el área psicológica y personal; evidenciándose un sin número de consecuencias producto del síndrome de Burnout (Olivares, 2016).

De la literatura existente, en lo que se refiere a lo laboral, un estudio realizado en el 2020 a 3.537 profesionales sanitarios de Reino Unido, Polonia y Singapur indicó que 2.364 (67%) tuvieron un resultado positivo para Burnout (Denning et al., 2021). Estados Unidos por su parte, en otro estudio reflejó que un 49% del personal sanitario entrevistado sufría del síndrome del quemado (Prasad et al., 2021).

Del mismo modo, en México en un análisis llevado a cabo a 168 trabajadores de la salud, se evidenció que la prevalencia de Burnout fue del 98%, de los cuales 57% fue leve-moderada y 41% severa (Quiroz et al., 2021). Finalmente, en Ecuador un estudio realizado a médicos del Hospital Provincial de Portoviejo, mediante la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI), puso al manifiesto que el 42,5% presentó alto grado de agotamiento emocional, 47,5% despersonalización, 45% baja realización personal, con un total de 37,5% en cuanto a la presencia del síndrome del quemado (Anzules-Guerra et al., 2022).

Ahora bien, las consecuencias del síndrome de Burnout en el personal sanitario se observaron en el absentismo laboral, la baja productividad, accidentes laborales, insatisfacción laboral, falta de concentración, renunciaciones, impuntualidad, conflictos con pacientes, disminución del compromiso hacia la institución, desmotivación, otros (Koppman et al., 2021; Thomaé et al., 2006).

Lo expuesto se evidencia en artículos relacionados al impacto de la COVID-19 en el personal sanitario, tal es el caso de Sánchez et al. (2020) quien hace mención a la renuncia como una medida desesperada del miedo al contagio y el estrés crónico; bajo este principio en Colombia existieron denuncias televisivas y en redes sociales debido a las renunciaciones del personal sanitario a causa de la falta de equipos de bioseguridad y el estrés crónico laboral (Valdés et al., 2020).

En esta perspectiva, y al referirse al ámbito psicológico y personal, se ha evidenciado que la mayoría de las consecuencias del síndrome son de carácter emocional, puesto que 12 de los 22 ítems de la escala del cuestionario Maslach Burnout Inventory se enfocan en factores como: sintomatología depresiva, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto y agresividad (Olivares, 2017).

En tal virtud, al hablar de las consecuencias del síndrome del quemado, nos referimos primordialmente aquellas que se manifestaron con mayor predominio durante el epicentro de la pandemia entre los cuales prevaleció: la fatiga crónica, el insomnio, la irritabilidad, la ansiedad generalizada, depresión, distanciamiento afectivo, agotamiento emocional, deterioro cognitivo, sentimiento de fracaso, falta de atención, problemas de concentración, tristeza, baja autoestima, entre tantas otras (Juárez, 2020; Lozano, 2021).

Consecuencias que se respaldan con estudios realizados, como el informe The Covid-19 Health Care Workers Study (Heroes) que muestra una prevalencia de 5-15% de ideas suicidas en el personal sanitario, lo cual es respaldado por estudios en América Latina que muestran elevadas tasas de pensamiento suicida, síntomas depresivos y malestar psicológico a causa del trabajo y en consecuencia del síndrome (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022).

El Burnout como un factor de riesgo laboral, ha tomado fuerza durante la pandemia, convirtiéndose en una posible respuesta inicial de otras alteraciones en la salud mental, principalmente en trabajadores sanitarios quienes han desarrollado o incrementado los niveles de este síndrome.

Alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño durante el epicentro de la COVID-19 fue uno de los síntomas de mayor prevalencia en el personal de la salud mundial, debido a la diversidad de factores de riesgo psicosocial al que estuvieron sometidos, ejecutando acciones y actividades para las cuales no estaban preparados y capacitados; afectando de esta forma la calidad y cantidad de sueño diario necesario para recobrar energías (Santamaría et al., 2021).

Es así que, los cambios en los patrones del sueño durante la pandemia trajeron consigo una serie de repercusiones en el ámbito social, psicológico, laboral, familiar y personal; tal es el origen de trastornos ansiosos y depresivos, así como también mayor irritabilidad, falta de concentración en el trabajo, cambios de humor, cansancio y falta de energía (Lazo, 2021; Medina et al., 2020).

En este sentido, en España un estudio a 421 profesionales sanitarios reflejó que el 21% de la población mayor de 36 años padecían de insomnio (Santamaría et al., 2021), mientras que, en Chile la prevalencia fue de 65% en trabajadores sanitarios de entre 18 a 67 años (Urzúa et al., 2020). Por su parte, en Ecuador 39,7% del personal de la salud estudiada reflejaron insomnio leve, en tanto 17,7% presentaron insomnio de gravedad moderado y 2,9% clínico grave (Vaca y Mayorga, enero 2021).

De lo expuesto previamente, “en lo referente a insomnio y calidad de sueño, la literatura científica habla de entre un 34 y un 36,1% de insomnio significativo en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19” (Rodríguez et al., 2020).

Sintetizando estas ideas, la alteración del sueño en el personal de salud durante la pandemia tuvo una marcada prevalencia que se evidenció en diferentes naciones, en

consecuencia, de otras afecciones psicológicas que influenciaron de manera negativa en las actividades diarias de esta población.

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

La salud mental de las personas durante tiempos de la COVID-19 se ha visto influenciada por variables psicológicas que han contribuido al desarrollo de diferentes patologías, por lo cual se hace imprescindible abordar estas variables y su influencia en la salud, así como las estrategias empleadas para contrarrestarlo.

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

Tal como mencionan, Bond et al. (2011), la Inflexibilidad Psicológica (IP) es “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” (pp. 676-688). Por su parte los autores Delgado et al. (2020) la definen como la rigidez o resistencia del individuo para modular el comportamiento; sobreponiendo experiencias privadas que arraigan pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones; que conllevan a un accionar incompatible con los valores y metas de la persona.

Mientras que, Spidel et al. (2018) señalan que la IP está conformada por la atención inflexible, fractura de valores, impulsividad o evitación persistente, yo conceptual, fusión cognitiva y evitación vivencial; misma que ocurre cuando el individuo no es capaz de salir de pensamientos que controlan su comportamiento en situaciones estresantes, de manera que se crean dificultades en la flexibilización de la conducta.

De ahí que, la IP consiste en la resistencia psicológica que posee un individuo como mecanismo de defensa a situaciones estresantes, focalizando la atención en recuerdos y vivencias pasadas y no en los valores que dan sentido a la vida. Contrario a la Flexibilidad Psicológica (FP) definida como la capacidad de la persona para vivir el presente, aceptando las experiencias pasadas, adaptándose a las situaciones sin adoptar conductas defensivas y mantener contacto con los valores personales y metas propuestas; adicionalmente a esto la FP constituye la base de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Luciano, 2016).

Ahora bien, la inflexibilidad psicológica se encuentra vinculada de manera negativa a la salud mental y calidad de vida de una persona; ya que se ha demostrado una fuerte correlación con una amplia gama de constructos y sintomatología psicológica. Tal es el caso que se considera como un factor de vulnerabilidad, asociado a diversos trastornos mentales, como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimenticios, consumo de sustancias, depresión y un sin número de problemas psicológicos y conductuales; además de problemas severos en la salud física como la hipertensión (Delgado, 2020).

En esta perspectiva, el grado de IP de una persona influye en la salud mental de este y la evolución de su sintomatología, puesto que posee menos recursos psicológicos para hacerle frente a situaciones estresantes como el confinamiento vivido en pandemia; lo que quiere decir, que a mayor inflexibilidad psicológica mayor riesgo de alteraciones emocionales y psicopatológicas. En efecto, esta variable se encuentra presente en muchos cuadros psicopatológicos, motivo por el cual la irrupción de la inflexibilidad psicológica supone una importante herramienta adaptativa para conseguir flexibilidad; la cual se alcanza con terapias como la de aceptación y compromiso (Jaramillo et al., 2022).

Acorde a lo antes expuesto, queda demostrado que una mayor flexibilidad psicológica está vinculada a una mejor salud mental; en virtud de ello, Gloster et al. (2017) señalan que la flexibilidad modera la relación entre el estrés diario y la salud física y mental, además del bienestar en general; adicionalmente, modera los efectos adversos de los síntomas depresivos.

Sin duda, la pandemia fue un evento emergente de gran incidencia en la salud mental de las personas, pero principalmente en el personal sanitario, quienes estuvieron en pleno epicentro de la enfermedad y consecuentemente expuestos a condiciones desfavorables, desencadenantes de rigidez o inflexibilidad psicológica en consecuencia de afectaciones emocionales significativas como el malestar, la despersonalización y pensamientos y sentimientos negativos (Valiente et al., 2020).

En síntesis, la inflexibilidad psicológica se puede definir como las creencias, sentimientos y pensamientos arraigados, que impiden la adaptación de un individuo a situaciones cotidianas, es decir, la persona es incapaz de pensar con apertura mental, vivir las experiencias del presente y continuar en dirección a metas y valores. En este sentido, la persona se encontrará cerrada a nuevas perspectivas, negándose a los cambios y al presente; lo que desemboca en la imposibilidad de adaptación al entorno y el continuo aprendizaje que conlleva equivocarse.

1.3.2 Soledad y apoyo social

La soledad es un factor negativo que afecta a las personas, quienes se sienten aisladas y rechazadas, con una red de apoyo social deficiente, ya sea por el número o calidad de relaciones interpersonales (Peplau y Perlman, 1982).

Por otra parte, Rook (1984), señala que es “una condición persistente de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada y carece de compañía adecuada para las actividades deseadas, particularmente actividades que facilitan un sentido de integración y oportunidades para la intimidad emocional” (p. 1391).

Mientras que, Montero et al. (2001) conciben a la soledad como un estado subjetivo que surge del aislamiento físico como respuesta ante la escasez de relaciones interpersonales, generando un desequilibrio en la persona. A diferencia de Vega et al. (2014), quienes señalan que es “un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente, y el apoyo real que esta le ofrece” (pp. 289-294).

Como contraparte, el apoyo social es la cantidad y calidad de las relaciones sociales que un individuo posee y en las que puede confiar para afrontar situaciones difíciles (Saranson et al., 1983). El apoyo social también es definido como la ayuda proporcionada por una red de apoyo cercana como la familia y amigos, quienes contribuyen a la superación y afrontamiento de problemas y situaciones estresantes (Barrera et al., 2019).

Siguiendo esta línea y como ya se había mencionado la soledad es un factor de riesgo que puede llegar a ser en el peor de los casos devastador para el individuo, sobre

todo en edades avanzadas; pues se encuentra vinculado tanto a alteraciones físicas (alteraciones del sueño, enfermedades cardiovasculares) como mentales; de hecho, la soledad en la salud mental se encuentra asociada a patologías como la ansiedad, el estrés, la depresión, el consumo de sustancias, intentos suicidas entre otros (Torío, 2021).

Ahora bien, al profundizar en estas variables, la COVID-19 fue un tiempo de crisis y experiencias difíciles, el confinamiento obligó a las personas al aislamiento y soledad, representando una dura prueba que repercutió considerablemente en la salud de la población, con un énfasis en el personal de la salud (Rodríguez et al., 2020).

En esta perspectiva, la OMS refiriéndose a Europa mencionó que “El aislamiento, el distanciamiento físico, el cierre de escuelas y lugares de trabajo, son desafíos que nos afectan, y es natural sentir estrés, ansiedad, miedo y soledad en estos momentos”, además puso al manifiesto que los trabajadores sanitarios son la población con mayor riesgo a sufrir estas afectaciones en su salud mental (La Vanguardia, 2020).

De allí que, el personal sanitario se vio afectado por las largas jornadas laborales y la exposición directa al virus, además del confinamiento obligatorio que impacto aún más la salud mental de estas personas, ya que los sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad estuvieron presentes durante ese largo tiempo (Buitrago et al., 2021).

En definitiva, la soledad es la ausencia o deterioro de las relaciones sociales, acompañado de aislamiento y sentimiento de vacío, que afecta emocionalmente a la persona y su calidad de vida; puesto que somos seres sociales y necesitamos compañía y el apoyo social que permita cultivar las relaciones interpersonales en un constante sentimiento de apoyo para sobrellevar de mejor manera situaciones estresantes.

De lo expuesto previamente, se puede observar la relación entre la soledad y la importancia del apoyo social para la salud de las personas; ya que el apoyo social es un factor de protección en el mantenimiento de la salud de un individuo, propiciando conductas adaptativas en situaciones estresantes; en contraste a la soledad considerada como un factor de riesgo asociado a la salud mental; situación que se evidenció en el personal sanitario debido su trabajo y exposición directa al virus.

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento es la estrategia cognitiva y conductual empleada para contrarrestar una amenaza percibida por el individuo (Lazarus, 1966); a su vez, es el mecanismo de defensa encaminado a reducir, manejar y minimizar situaciones internas y externas generadoras por el estrés (Halsted et al., 1993). Es entendido también, según Casaretto et al. (2003) como un moderador de la perturbación emocional, el cual de ser efectivo puede traer consigo resultados positivos, caso contrario, podría perjudicar negativamente la salud e incrementar los riesgos de mortalidad y morbilidad.

Dentro de esta línea contextual, las estrategias de afrontamiento son los procesos empleados en diferentes contextos, los cuales cambian en función a la situación vivida y sirven como intentos para reducir o asimilar demandas estresantes (Soriano, 2002).

Con respecto a la COVID-19, el impacto de la pandemia ha representado un alto potencial de amenaza para la población mundial y en especial para los trabajadores de la salud, siendo uno de los principales estresores a enfrentar durante estos años, para lo cual se requirió gran capacidad de adaptación y afrontamiento (Valero et., 2020).

En efecto, varios estudios a nivel mundial han señalado que las principales estrategias de afrontamiento empleadas por el personal sanitario para manejar las repercusiones negativas en la salud mental durante la COVID-19 fueron el apoyo social y la comunicación constante con familiares y amigos (Özçevik et al., 2021). Además, de los rasgos de personalidad como el optimismo, la resiliencia y el altruismo son otras estrategias para la reducción del estrés (Caiet al., 2020). Del mismo, que el apoyo familiar, los pensamientos positivos, las creencias religiosas y un adecuado sueño y alimentación fueron otros métodos de afrontamiento durante la COVID-19 (Htay et al., 2021).

Algo semejante se evidenció en México, donde mediante un estudio realizado se observó que las principales estrategias de afrontamiento contra el estrés fueron la resolución de conflictos, el apoyo social y la evitación de problemas (Sixtos, 2022). Mientras que a nivel nacional, las estrategias de afrontamiento del personal sanitario consistieron en la comunicación con familiares y amigos, pensamientos y actitudes positivas, cuidado en la

alimentación, actividad física y recreativa, además de la expresión de las emociones mediante el llanto (Franco y Leví, 2020).

Como se evidencia, las principales estrategias de afrontamiento que los sanitarios han adoptado para enfrentar las afectaciones en la salud mental causadas por la exposición a la COVID-19, radican en estrategias adaptativas y evitativas; las cuales contribuyen a un efecto positivo como el apoyo social y profesional, actividades religiosas, el desahogo, el conocimiento, expresión abierta de las emociones, resiliencia, ejercicio, dieta balanceada, descanso, recreación, actividades de relajación y respiración, motivación; y otras no tan eficaces como el uso de sustancias en un intento fallido para afrontar el estrés y la ansiedad producto de la COVID-19 (Malo, 2021).

Adicional a ello, se encuentran aquellas estrategias de afrontamiento más convencionales como las actividades positivas que contribuyen a la reducción de los síntomas de angustia y estrés, entre las cuales están: la lectura, pasatiempos, actividad sexual, jardinería, tareas del hogar, ver televisión, escuchar música, videojuegos, juegos de mesa, relaciones sociales a través del uso de la red, otras (Franck et al., 2021).

Finalmente, entre las estrategias de afrontamiento más comunes para minimizar el burnout en el personal de la salud, Correa (2021) menciona: la implementación de talleres para controlar el estrés, fortalecimiento del apoyo entre compañeros, reducción de la carga horaria, brindar equipos de protección individual, programas coordinados por psicólogos para reducir el estrés, capacitación constante en el tema, entre muchos otros.

Resumiendo, estas ideas, las estrategias de afrontamiento son el conjunto de herramientas o recursos psicológicos que se desarrollan y emplean para hacer frente y manejar situaciones internas y externas que se consideran estresantes, protegiendo así al individuo del dolor y favoreciendo las vías de solución del problema; herramienta que durante la pandemia contribuyó al control de las emociones del personal médico, minimizando de tal manera el deterioro de la salud mental y pudiendo sobrellevar las situaciones estresantes de la nueva realidad.

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

Es innegable que el brote de la COVID-19 ha significado un reto eminente para el mundo entero, pues sus efectos han tenido una grave repercusión en la humanidad en muy poco tiempo; generando en las naciones una gran preocupación en el ámbito de la salud, principalmente en el control de la demanda de atención médica y carga hospitalaria.

En Estados Unidos, por ejemplo, la pandemia se convirtió en uno de los retos más importantes a enfrentar, pues en determinado momento fue el epicentro mundial del virus, evidenciándose en los hospitales una escasez crítica de personal de la salud. Lo cual para el capital humano sanitario representó una carga laboral aun mayor, que originó afectaciones en la salud mental; reflejándose sintomatología ansiosa y depresiva, además de alteraciones en el sueño, estrés, consumo, otros (American Hospital Association, 2022).

En América Latina por su parte, la pandemia ha evidenciado el déficit existente en los sistemas sanitarios, reflejando una capacidad de respuesta limitada ante la demanda de atención requerida por la población. De manera que, la constante exposición al virus, los riesgos derivados de este, las largas jornadas laborales y las demandas psicoemocionales vividas por el personal sanitario latinoamericano representaron uno de los retos más difíciles en la profesión de esta población (Juárez, 2020).

Mientras que, a nivel nacional los mayores retos que se presentaron en el sistema sanitario fueron la incompetencia e inexperiencia de la gestión ministerial, la cual vino acompañado de la falta de recursos médicos e infraestructura para la atención primaria y la precariedad al acceso y cobertura de salud. Lo que para los trabajadores de salud conllevó a una mayor carga de trabajo, angustia psicológica, exclusión social, falta de incentivos y EPI, así como el ejercicio de la profesión bajo un constante riesgo de contagio y mala gestión y coordinación por parte del MSP (Sacoto, 2021).

En esta perspectiva, desde el origen de la COVID-19, el escenario médico mundial ha atravesado diversos cambios, obligando a los trabajadores sanitarios a enfrentar nuevos retos y situaciones derivados de la celeridad del avance de la pandemia y el caos generado, para responder a la emergencia sanitaria en un sistema colapsado y precario; lo cual se

evidenció en la falta de equipamiento e infraestructura, número de camas para la atención de pacientes COVID, falta de personal capacitado para realizar pruebas, insuficiencia de pruebas diagnósticos, otros (Ferrer, 2020; Juárez, 2020).

Adicionalmente, la enfermedad supuso un gran desafío psicológico para la población mundial y especialmente para el personal sanitario pues vino acompañado de una ola de patologías depresivas, ansiedad y estrés, reportándose síntomas severos que repercutieron en la salud mental de los profesionales (Rodríguez, 2020).

Otra línea de evidencia, son los desafíos en cuanto a estrategias de prevención para la salud mental, puesto que la pandemia ha implicado una perturbación psicosocial que ha excedido la capacidad de manejo de las autoridades sanitarias; debido al incremento de trastornos psicológicos, principalmente en trabajadores sanitarios (García, 2022).

A partir de allí y concretamente en México, se pudo observar estrategias planteadas por el gobierno, a través de una línea telefónica, enfocada en intervenciones en la salud mental, adicciones y apoyo psicosocial, dirigidas a la población en general, así como personal sanitario; las cuales contribuyen en la prevención y promoción de la salud, especialmente manejo del miedo, efectos del confinamiento, discriminación, ayuda psicológica, violencia, consumo y estrategias de autocuidado (Cárdenas, 2020).

Algo semejante ocurre en Argentina donde para salvaguardar la salud de los profesionales sanitarios se creó un sistema de botón rojo para la salud mental, el cual se trata de un dispositivo de telemedicina para quienes tengan sentimientos de angustia o quienes necesiten apoyo puedan acudir a un guardia de salud mental; así como otras iniciativas como “Salud mental responde” para intervenciones anónimas y grupos virtuales por WhatsApp, Skype o Zoom (De Ambrosio et al., 2020).

En tanto, en Costa Rica un grupo de psicólogos voluntarios acompañan virtualmente a la comunidad; mientras que, en Uruguay el uso de una línea telefónica, Skype y Zoom fueron las estrategias empleadas para el cuidado de la salud mental; por su parte, en Brasil se realizaron chats en vivo por Instagram para mantener la salud mental durante el confinamiento (De Ambrosio et al., 2020).

Situación que no fue diferente en Ecuador, en donde instituciones como la Universidad Católica brindó asistencia psicológica telefónica gratuita, y otras estrategias planteadas por el MSP para contrarrestar las afectaciones psicológicas originadas por la pandemia, tales como: la creación de equipos de salud mental a nivel distrital, psicoeducación, servicios de salud mental a través de llamadas telefónicas, WhatsApp, videoconferencias, otras (MSP, 2020).

En este margen de ideas, las estrategias de prevención orientadas a planes de mejoras para la salud mental en tiempos de COVID fueron principalmente a través de intervención virtual enfocado en proveer información, atención, derivación a líneas de asistencia, referencia a centros especializados, seguimiento y evaluación (Barragán, 2021).

No obstante, las estrategias preventivas para contrarrestar las repercusiones psicológicas durante la pandemia, se ha enfrentado a desafíos de gran magnitud, entre los cuales se detallan: la calidad y el alcance del servicio de teleasistencia, empleo de instrumentos psicológicos no óptimos para evaluación virtual, falta de capacitación al personal de salud mental, infraestructura para la atención de pacientes con trastornos mentales graves, financiación insuficiente, entre otros (Ayala et al., 2021).

En resumen, varios son los retos y desafíos que ha implicado enfrentarse a la COVID-19, especialmente para el personal de primera línea y el sistema sanitario de las diferentes naciones; quienes mediante estrategias de prevención orientaron sus esfuerzos y recursos para la atención y control de la salud mental de la población más afectada.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

General

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Nueva Loja, durante el año 2022.

Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario evaluado en la ciudad de Nueva Loja.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra objeto de estudio.
- Identificar la salud mental del personal sanitario a través del estrés, ansiedad y depresión.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra estudiada en la ciudad de Nueva Loja.
- Identificar la calidad de sueño que poseen los trabajadores de la salud estudiados.

2.2 Preguntas de investigación

En el presente trabajo de fin de titulación se diseñaron las siguientes preguntas en función de los objetivos específicos:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario evaluado en la ciudad de Nueva Loja?
- ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra objeto de estudio en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?
- ¿Cuál es el estado de salud mental del personal sanitario en relación a estrés, ansiedad y depresión?

- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra estudiada de la ciudad de Nueva Loja?
- ¿Qué calidad de sueño poseen los trabajadores de la salud estudiados?

2.3 Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye las estrategias empleadas para la recolección de información, permitiendo dar respuestas a las preguntas y objetivos del estudio (Hernández-Sampieri et al., 2014). De ahí que, la investigación posee las siguientes características, en cuanto a su enfoque, tipo y diseño metodológico:

Enfoque:

Cuantitativo: El diseño de investigación del enfoque cuantitativo nos permite desarrollar un plan estratégico a través de procedimientos y actividades que den respuesta a las preguntas de investigación; de manera que, para comprobar las hipótesis planteadas y establecer patrones de comportamiento, emplea la medición numérica y el análisis estadístico (Cabezas et al., 2018; Hernández et al., 2014).

Por lo tanto, la presente investigación es de enfoque cuantitativo ya que para la recolección, análisis e interpretación de los datos, emplea un sistema numérico y estadístico, que facilita conocer en cifras la afectación de la salud mental de los sanitarios.

Tipo de investigación:

No experimental: esta investigación se realiza sin la manipulación deliberada de variables; observando los fenómenos tal y como ocurren en su contexto natural para su posterior análisis. En otras palabras, las personas objeto de estudio no son expuestas a condiciones o estímulos; por el contrario, son observados en su ambiente natural o realidad (Hernández-Sampieri et al., 1991).

En este contexto esta investigación es de tipo no experimental, puesto que se limita a observar la salud mental de los trabajadores sanitarios en los distintos centros de salud de Nueva Loja, sin manipular o intervenir de una forma u otra en el objeto estudiado; registrando la información exacta y real para su posterior análisis.

Diseño de investigación:

Transversal, caracterizado por la recolección de datos en un momento dado de la investigación, es decir contribuye a la descripción de una variable y el análisis de su incidencia en un tiempo único; considerándose una especie de fotografía instantánea del objeto que se está estudiando (Bernal, 2010).

De ahí que, la presente investigación es de tipo transversal puesto que el proceso de recolección de datos en formato de Lápiz y Papel aconteció en momento determinado o tiempo específico entre los meses de mayo a julio.

Exploratoria: Debido a su exploración inicial en un momento específico, examinando un tema poco estudiado o novedoso. Es decir, existe poco conocimiento del problema de la investigación, siendo necesario profundizar en el tema para delimitarlo de manera correcta (Artiles et al., 2008). De esta forma, esta investigación explora un tema poco estudiado como lo es la salud mental del personal sanitario durante tiempos de la COVID-19.

Descriptiva: Por medio de esta investigación es posible seleccionar una serie de cuestiones, recolectando información acerca de las variables de estudio para su posterior descripción. Adicionalmente, Sabino (1992) menciona que este estudio “tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (p. 45).

Es decir, a través de esta investigación se recolecta información de los médicos, enfermeras, laboratoristas, psicólogos, fisioterapeutas y técnicos en imagenología, que forman parte del objeto de estudio, para luego describir el impacto de su salud mental relacionada a la ansiedad, depresión, estrés, burnout y alteraciones del sueño durante la pandemia de la COVID-19 en la ciudad de Nueva Loja.

2.3.1 Población y muestra

La muestra de la presente investigación es de accesibilidad-accidental no probabilística, puesto que los participantes no fueron seleccionados al azar, sino que por el contrario fueron escogidos de manera casual, es decir, siguiendo criterios específicos de inclusión, mismos que fueron previamente establecidos (Hernández et al., 2014). De ahí que, la población fue seleccionada intencionalmente de acuerdo al medio idóneo para ejecutar el estudio y buscar los datos en función de los objetivos de la investigación; tal fue el caso del personal sanitario de los subcentros de salud de la ciudad de Nueva Loja-Sucumbíos.

Por tanto, se invitó a ser partícipe de esta investigación a profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, licenciados en imagenología o radiología, obstetras, fisioterapeutas y laboratoristas clínicos que trabajaron durante el último año en centros de salud de la ciudad de Nueva Loja, provincia de Sucumbíos; obteniendo una muestra recolectora de datos de 42 participantes. No obstante, durante el proceso de depuración se omitió aquellos cuestionarios con información incompleta e incongruencia en sus respuestas, obteniendo como resultado una muestra procesadora de datos de 40 profesionales de la salud. Algo importante a considerar es que la muestra objeto de estudio no fue homogénea, en cuanto al sexo de los participantes; pero cumple con los criterios de inclusión referente al título de tercer y cuarto nivel.

2.4 Criterios de inclusión / exclusión

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, para el presente estudio, se han considerado los siguientes:

Criterios de inclusión

- Encontrarse en situación laboral activa.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.
- Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).
- Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.

Criterios de exclusión

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

2.5 Instrumentos de recogida de información

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario ad hoc sociodemográfico

Cuestionario no estandarizado, que facilita la recolección de información sociodemográfica de la población objeto de estudio; el cual se encuentra compuesto por una serie de ítems que permite identificar datos como: el género, edad, nacionalidad, ciudad, zona en la que trabaja, estado civil, número de hijos, remuneración salarial, así como los datos laborales, entre los cuales encontramos: la 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.

En esta perspectiva, el cuestionario ad hoc sociodemográfico es considerado como referencia para contemplar los criterios de inclusión y exclusión detallados previamente.

Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

De la literatura existente, el Burnout es entendido por Maslach (2009) como un síndrome psicológico derivado de la exposición prolongada a estresores interpersonales en el trabajo; de ahí que, el MBI-HSS tiene como fin evaluar y medir el estrés laboral crónico.

Instrumento que utiliza 22 enunciados para valorar los sentimientos y pensamientos de la persona estudiada acerca de su trabajo, mismos que son valorados por medio de tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional, en donde los resultados con puntuaciones altas señalan que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia del trabajo; 2) Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento vinculado al lugar de trabajo; 3) Realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por la persona (Maslach et al., 1986).

De esta manera, el MBI-HSS está compuesto por ítems que se responden en una escala de Likert, con puntuaciones de 0 a 6; de manera que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede diariamente.

Adicionalmente, este cuestionario es considerado el instrumento más empleado a nivel mundial; por su alta consistencia interna y una fiabilidad de cerca de 90% (Olivares, 2017). En tanto, sus propiedades psicométricas, según Maslach et al. (1986) el alfa de Cronbach oscila entre 0.84 a 0.89. Lo cual se acerca a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Ecuador, el cual obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90, respaldando la fiabilidad de consistencia interna del instrumento (Calle et al., 2022).

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

El DASS 21 es una escala de autorreporte dimensional, que evalúa la presencia e intensidad de estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. De ahí que, este instrumento evalúa estas tres dimensiones: la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfóricos como la tristeza; la ansiedad relacionada en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo; y el estrés como la tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond & Lovibond, 1995).

En este contexto, el DASS 21 se encuentra constituido por ítems que se responden en una escala tipo Likert con 4 alternativas en un rango del 0 al 3, donde 0 equivale a nada aplicable en mí, 1 aplicable a mí en algún grado, 2 aplicable en mí en alto grado y 3 muy aplicable en mí. Cada escala posee además 7 ítems y su puntaje es calculado con la sumatoria de los puntajes de cada ítem, variando entre el 0 y 21 punto.

Ahora bien, las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, a diferencia de la escala de ansiedad que obtuvo un alfa de 0.73; en conjunto, los ítems que componen el DASS - 21 presentaron un alfa de 0.91 (Antúnez y Vinet, 2012). Mientras que, en un estudio realizado en Chile para detectar jóvenes en riesgo de problemas de salud mental, determino que la confiabilidad de la muestra clínica

estudiada presento un alfa de 0.88 en depresión, 0.71 ansiedad y 0.83 en estrés; de modo similar que la población general con un alfa de 0.78 e depresión, 0.71 ansiedad y 0.71 estrés (Román et al., 2018).

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7

Cuestionario diseñado para evaluar la inflexibilidad psicológica de un individuo; la cual es entendida como la necesidad de actuar con rigidez emocional, evitando de tal manera situaciones generadoras de estrés (Wilson y Luciano, 2002).

En este contexto, los ítems de este cuestionario tienen como fin medir la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados; y, la incapacidad de vivir el presente y actuar acorde a los valores cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados (Bond et al. 2011).

De ahí que, el AAQ-II utiliza una escala de Likert con 7 preguntas, que los participantes deben responder, y 7 diferentes respuestas posibles, que van desde el 1 que quiere decir “nunca” y 7 “siempre”, fluctuando el resto de los valores entre ambos significados. La puntuación se obtiene sumando el valor de los ítems, los cuales van de 7 a 49, con un punto de corte de 28, de manera que una media superior a 28 puntos significa mayor inflexibilidad psicológica (Mellín y Padrós, 2021).

En tanto al coeficiente alfa de Cronbach de este instrumento, según la propuesta de Bond et al. (2011) posee un coeficiente de consistencia interna de 0.85. Mientras que para Ortega-Jiménez et al. (2021) este coeficiente oscila entre 0.93 a 0.95.

Escala de Soledad (UCLA-3)

La soledad es un constructo psicológico complejo en el que la persona percibe la falta de una relación interpersonal con otro individuo, es decir la ausencia de una red social de apoyo (Weiss, 1975). En este contexto, la Escala de Soledad UCLA Revisada o The Revised UCLA Loneliness Scale en inglés es un instrumento utilizado para evaluar el sentimiento de soledad o aislamiento social percibido a través de factores de “intimidad con otros” y “sociabilidad” (Vega et al., 2014).

De ahí que, el UCLA-3 utiliza una escala de tipo Likert, con un rango de respuesta del 1 al 4, en donde 1 corresponde a nunca y 4 a siempre; contestando según la frecuencia con que se experimenta lo descrito en cada ítem. La puntuación se obtiene sumando el valor de los ítems, los cuales van de 3 a 12, con un punto de corte de 7.5 de manera que una media superior a 7.5 puntos significa que tiene mayores sentimientos de soledad.

Por otro lado, el coeficiente alfa obtenido en la validación al español fue igual a 0.944 (Morejón y García-Bóveda, 1994).

Índice de calidad de sueño (PSQI)

Instrumento estándar que contribuye a la evaluación de la calidad del sueño de una persona, mismo que posee 19 reactivos, agrupados en 7 dimensiones: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna.

Las preguntas se encuentran en escala tipo Likert que va desde 0 a 4; para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21.

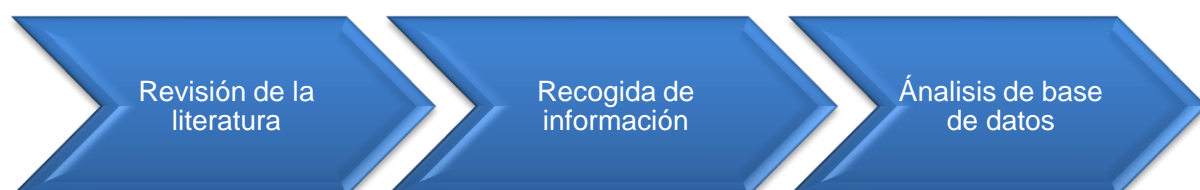
Esta escala ha presentado una consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.72 en el estudio de validación de los autores Araujo et al. (2015). Mientras que, en otro estudio transversal realizado a estudiantes de medicina de una universidad peruana durante la COVID-19, el PSQI presentó una alta homogeneidad interna con un alfa de Cronbach de 0.83 (Olarte-Durand, 2021).

2.6 Procedimiento

Para la presente investigación se llevaron a cabo diferentes procesos, los cuales se detallan a continuación según un orden cronológico en la figura 1:

Figura 1

Procedimiento



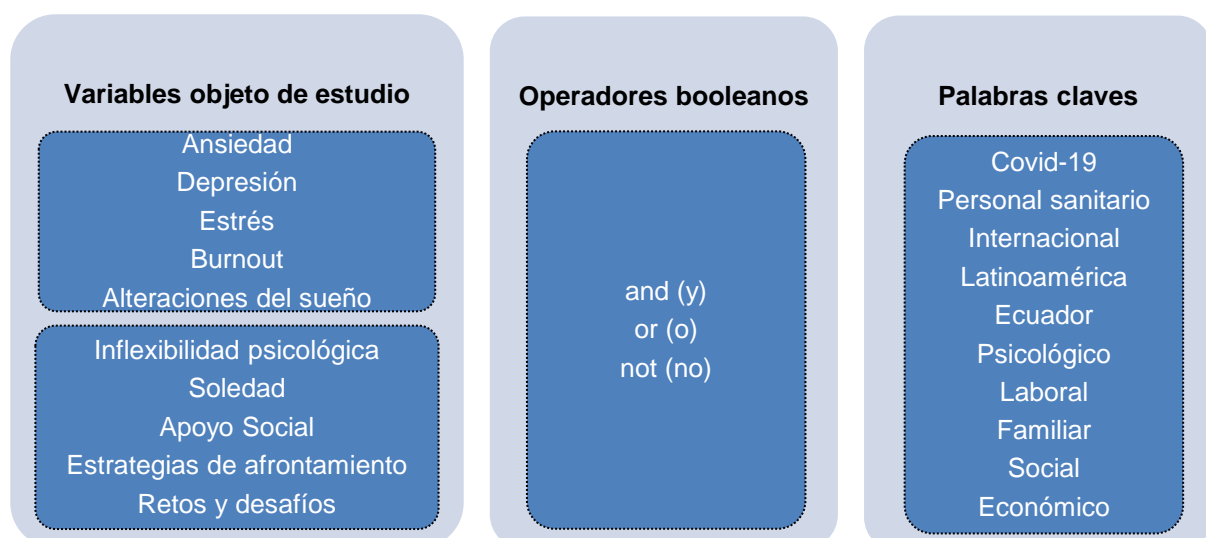
Revisión de la literatura para redacción del marco teórico

En la revisión de la literatura para redactar el marco teórico de este estudio, se utilizaron las siguientes palabras claves o keywords: Covid-19, personal sanitario, internacional, Latinoamérica, Ecuador, psicológico, laboral, familiar, social, económico, mismos que se detallan en la figura #2. Además de la combinación con operadores booleanos para la conexión de las palabras de búsqueda, los cuales fueron en dos idiomas: español: “y”, “o”, “no” y en inglés: “and”, “or”, “not”, observables también en la figura #2.

Finalmente, la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo en las bases de datos científicas que se detallan a continuación: Dialnet y Science direct; así como también en buscadores académicos como: Google académico. De ahí que, la búsqueda bibliográfica permitió la recolección de información necesaria para la redacción de los apartados del marco teórico, tales como: COVID-19, reseña histórica de la pandemia, consecuencias de la COVID-19, COVID-19 en Ecuador, COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones, afectación en la salud mental, salud mental (ansiedad, depresión, estrés, burnout y alteraciones del sueño), repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios y variables psicosociales relacionadas a la salud mental (inflexibilidad psicológica, soledad y apoyo social, estrategias de afrontamiento, retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la salud).

Figura 2

Palabras claves y operadores booleanos



Recogida de información

Para la recolección de la información necesaria para esta investigación, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Acercamiento a las instituciones: Acercamiento con los directores de los centros de salud de la ciudad de Nueva Loja, para la solicitud de aplicación de instrumentos de evaluación a profesionales de salud; explicando el propósito del estudio y facilitando los documentos de respaldo (carta de presentación y solicitud del proyecto, consentimiento informado, copia de los instrumentos de evaluación y criterios de inclusión y exclusión).

Recepción de la respuesta aprobatoria y diseño de la agenda de trabajo: La autorización verbal para la recolección de datos fue proporcionada inmediatamente por los directores de cada institución. Mientras que, el documento de autorización fue emitido unos días después vía Quipux a través de la coordinadora de recursos humanos, quien también fue la responsable de la emisión de la lista de profesionales de los diferentes centros que cumplían con los criterios de inclusión.

Una vez aprobada la recolección de datos, se llevó a cabo el respectivo acercamiento y presentación con los administradores de los centros aprobados, explicando el propósito del estudio, dando a conocer las baterías psicológicas a aplicar y acordando la fecha del inicio de la investigación.

Preparación y familiarización con las baterías psicológicas: Impresión de los 42 instrumentos de evaluación y consentimientos informados; adicionalmente se realizó la respectiva familiarización con los mismos a través de una autoaplicación.

Aplicación de los instrumentos: Como primera instancia acudí a los diferentes centros de salud de la ciudad de Nueva Loja, en donde me presenté de manera individual a los participantes, como estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la carrera de psicología; dando a conocer el motivo de mi visita, en consecución del tema de investigación, además de los objetivos e importancia de la misma. Adicionalmente, puse al manifiesto la confidencialidad de la información obtenida, así como el tiempo requerido para

llenar el instrumento de evaluación; seguido por la entrega del consentimiento informado y el inicio de la contestación del cuestionario.

Situación parecida a la que se dio en el último centro de salud estudiado, con la diferencia que los instrumentos de evaluación fueron entregados a cada jefe de área, solicitando el retorno de estos una semana después.

La información obtenida para esta investigación fue recolectada en formato lápiz y papel; en la figura 3 se ilustra el proceso de recogida de información.

Figura 3

Recogida de información



Análisis de base de datos

El procesamiento de la información obtenida en la recolección de datos se llevó a cabo mediante una depuración de la base de datos y el análisis de los mismos, a través del software de Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), por sus siglas en inglés; posteriormente se realizó el análisis descriptivo de la muestra objeto de estudio mediante las medias y las desviaciones típicas para variables cuantitativas, utilizando frecuencias y porcentajes para resumir las variables nominales.

Capítulo tres

Análisis de resultados y discusión

3.1 Análisis de resultados

En el presente apartado se exponen y analizan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de información, con el fin de determinar la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de la COVID-19 en Nueva Loja-Ecuador durante el año 2022.

En esta perspectiva, los resultados obtenidos se presentan conforme a los objetivos planteados, tales como: características sociodemográficas y laborales, percepción de las dimensiones de burnout, percepción de la salud mental (estrés, ansiedad y depresión), inflexibilidad psicológica y percepción de soledad y finalmente la calidad de sueño.

Tabla 3

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	16	40.0%		
	Femenino	24	60.0%		
Estado civil	Soltero/a	13	32.5%		
	Casado/unión libre	25	62.5%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	2	5.0%		
Trabajo por turnos	SI	30	75.0%		
	No	10	25.0%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	38	95.0%		
	Tiempo parcial	2	5.0%		
Tipo de institución	Pública	40	100.0%		
	Privada	0	0.0%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		38.95	59	25	9.23
Horas de trabajo por día		8.08	12	7	0.66
Experiencia laboral		10.88	35	2	8.22

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

En relación con las particularidades de la muestra estudiada, en cuanto a las características sociodemográficas, se puede observar en la tabla 3, que seis de cada 10 encuestados pertenece al sexo femenino (60%), predominando los participantes de estado civil casado con un 62.5%, seguido del 32.5% en solteros y una minoría del 5% en divorciados; mientras que con referencia a la edad de los profesionales, la media fue de 38.95 años con una desviación típica de 9.23, lo que quiere decir que el grupo etario de los evaluados corresponde al de adultos jóvenes en una edad económicamente activa (Instituto Nacional de Estadística y Censos ([INEC], 2021).

En tanto, en las características laborales del personal de la salud, se evidencia una fluctuación mayor en el número de personas que trabaja por turnos (75%), además de un 95% de profesionales que labora en jornada de tiempo completo, todos ellos en instituciones públicas, con una media de 8.08 (DT= ± 0.66) horas de trabajo diarias y 10.88 (DT= ± 8.22) años en experiencia laboral.

Tabla 4

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	34	85.0%
	Medio	5	12.5%
	Alto	1	2.5%
Despersonalización	Bajo	27	67.5%
	Medio	11	27.5%
	Alto	2	5.0%
Realización personal	Alto	21	52.5%
	Medio	11	27.5%
	Bajo	8	20.0%

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En lo que concierne a los resultados de las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de salud, podemos observar en la tabla 4 que la gran mayoría de los participantes refiere tener un bajo nivel de agotamiento emocional (85%) y tan solo una persona manifiesta un alto porcentaje en esta dimensión; lo que implica que posiblemente

ha sufrido un deterioro emocional y físico debido a la sobrecarga laboral que tuvieron los sanitarios durante la pandemia, además de otros factores propios del trabajo.

Por otro lado, se evidencia que en cuanto a la despersonalización existe un mínimo porcentaje (5%) de profesionales que señalaron tener un alto nivel de despersonalización, mientras que el 27.5% se encuentra en un nivel medio y el 67.5% en bajos niveles. Resultados que aunque suponen la existencia de una pequeña proporción de sanitarios con un alto y medio porcentaje de despersonalización, no se debe descuidar a este grupo de individuos, debido a las respuestas negativas e indiferencia que estos pudieran tener hacia otras personas durante la actividad laboral, lo que representa un componente interpersonal del burnout.

Ahora bien los hallazgos encontrados en la última dimensión reflejan que el 52.5% de la muestra presentaron un nivel alto de realización personal y solo el 20% de los sanitarios un nivel bajo; lo que quiere decir que aunque en menor medida estas ocho personas representan un indicador de alerta que pone al manifiesto los sentimientos de insatisfacción laboral, baja productividad y autoeficacia en el trabajo.

Tabla 5

Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	38	95.0%
	Moderado	0	0.0%
	Severo	2	5.0%
Ansiedad	Leve	32	80.0%
	Moderado	4	10.0%
	Severo	4	10.0%
Depresión	Leve	36	90.0%
	Moderado	2	5.0%
	Severo	2	5.0%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

Con respecto a los resultados obtenidos de la escala de depresión ansiedad y estrés - DASS 21, se puede evidenciar en la tabla 5 que un 95% del personal sanitario se

encuentra en niveles leves de estrés, en contraste de una pequeña fracción (5%) que manifestó sentir un nivel severo; por lo tanto, no se observa una mayor alteración en la salud mental de los participantes, lo que implica que la mayoría no presenta sentimientos de tensión, irritabilidad y frustración ante los acontecimientos estresantes derivados de la pandemia y producto del trabajo.

En este contexto, se puede identificar además que 8 de cada 10 evaluados posee ansiedad leve, mientras que existe una homogeneidad en los niveles moderado y severo (10%); lo que implica que estos 8 profesionales han experimentado una respuesta emocional caracterizada por el miedo, intranquilidad y nerviosismo ante los sucesos amenazantes y estresantes que vivieron en su lugar de trabajo durante la COVID-19.

Del mismo modo, el instrumento permitió evidenciar que la mayoría de los sanitarios se encuentra en un nivel leve de depresión (90%), 5% moderado y 5% reporta un nivel severo; no obstante, es prioritario enfocarse en esta minoría y no descuidarla, puesto que existe este factor de alerta que señala la existencia de sintomatología depresiva, lo que implica cambios en el estado emocional, acompañado de sentimientos de tristeza, desesperanza y desmotivación, infiriendo en la vida diaria de quien lo posee.

Tabla 6

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	12.67	35.00	7.00	7.07
Percepción de soledad	5.20	12.00	3.00	2.46

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

Como se puede observar en la tabla 6, en lo que refiere a la inflexibilidad psicológica, la muestra estudiada posee una tendencia hacia la flexibilidad, puesto que se encuentra en márgenes inferiores en relación con la puntuación total del instrumento y su media; es decir, que los participantes reportan una puntuación de 12.67(DT = $\pm 7,07$) de un total de 49 puntos y su media de 28. Ahora bien, conociendo que la inflexibilidad psicológica, es un patrón rígido de comportamiento que impide enfrentarse a las situaciones

adversas de la vida, los resultados arrojados indican que por el contrario la mayoría de los profesionales de la salud objeto de este estudio tienden a poseer estas habilidades que contribuyeron a moderar la relación entre el estrés diario y la salud física y mental, siendo más fácil enfrentar las dificultades, lo que en pandemia resultó una herramienta de adaptación a la nueva realidad.

Algo semejante ocurre con la variable de percepción de soledad, ya que, a pesar de existir participantes con una puntuación máxima de 12/12 puntos, la media de la muestra fue de 5.20 (DT = ± 2.46); es decir que la mayoría de los evaluados percibieron tener apoyo social lo que durante la COVID-19 contribuyó a la superación y afrontamiento de problemas y situaciones estresantes.

Tabla 7

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	1	2.5%
	Baja dificultad para dormir	34	85.0%
	Media dificultad para dormir	4	10.0%
	Alta dificultad para dormir	1	2.5%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Finalmente en la tabla 7, referente a la calidad del sueño, se puede observar que el 85% de los evaluados posee una baja dificultad para dormir, mientras que, el 10% se encuentra en un nivel medio y el 2.5% no tiene problemas de conciliación del sueño. No obstante, existe un porcentaje del 2.5% que refleja una alta dificultad para dormir lo que quiere decir que tan solo 1 persona de 40 participantes señaló una disminución de la cantidad y calidad de sueño.

En consecuencia de lo antes expuesto, los niveles de calidad del sueño del personal de la salud durante la pandemia fueron aceptables debido a la baja dificultad para dormir que presentaron.

3.2 Discusión

Considerando que el primer objetivo específico de la presente investigación es la identificación de las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario evaluado en la ciudad de Nueva Loja, es esencial exponer que los resultados obtenidos de la muestra, en cuanto al género evidencian un mayor porcentaje (60%) de participantes de sexo femenino, dato que concuerda con las cifras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, puesto que según la entidad el 60% de los profesionales de la salud son mujeres (Coello, 2018).

En relación al estado civil de los sanitarios, existe una predominancia de 62.5% en casados y 32.5% en solteros; difiriendo de autores como Martínez et al. (2021) en cuyo estudio el porcentaje de casados bordea el 32.6% y 60.8% para solteros, dato que refleja una marcada diferencia entre ambos estudios. Mientras que, con relación a la edad, la media de los participantes es de 38.95, coincidiendo con los resultados obtenidos de Urzúa et al. (2020) en su estudio sobre la salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile, el cual indica que la edad promedio de sus evaluados fue de 39.59.

En este contexto y en lo que concierne a las características laborales, los evaluados en su gran mayoría (75%) trabajan por turnos, dato que es respaldado por el Ministerio del Trabajo (2018) en el Acuerdo Ministerial MDT-2019-0219, artículo 1, el cual señala que las jornadas, horarios o turnos laborales para el personal sanitario que labora en instituciones públicas pueden ser ordinarios o especiales según la necesidad institucional, confirmando así que las entidades de salud pública acogen a sus servidores bajo esta modalidad de turnos.

En referencia a la experiencia laboral, el personal sanitario presenta una media de 10.88 años de servicio en profesiones de salud; en contraste al estudio sobre ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19 de Obando et al. (2020) donde se observan resultados que van de 1 a 5 años experiencia.

Algo semejante ocurre con el tipo de trabajo, puesto que esta investigación arrojó un porcentaje de 95% en sanitarios que trabajan a tiempo completo; dato semejante al de López et al. (2020) en el estudio de caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID-19, donde se evidencia que el 94% de los evaluados trabajan a tiempo completo y solo 6% a tiempo parcial.

De manera congruente, la media de las horas trabajadas por el personal de salud evaluado es de 8.08 horas; equiparable a las observadas en la investigación de Sánchez et al. (2021) en cuyos resultados obtenidos se evidenció que la carga horaria de trabajo fue de 6 a 8 horas diarias, es decir que un 58.4% de los participantes trabajaron durante este lapso.

Con relación al segundo objetivo, el cual consiste en determinar los niveles de burnout en sus tres dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal a través del Cuestionario Maslach Burnout Inventory; los resultados de este estudio refieren que existen niveles bajos de agotamiento emocional (85%) y despersonalización (67.5%), además de una alta realización personal (52.5%), lo que indica que los profesionales encuestados no presentan Síndrome de Burnout. No obstante, no hay que desatender aquellos niveles altos observados en el 2.5% de agotamiento emocional y 5% despersonalización, así como el 20% en baja realización personal.

Resultados que un año antes, evidenciaron una notable diferencia en los niveles de burnout en estudios como el de Quiroz et al. (2021) donde se investigó a 168 participantes con el objetivo de conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante la pandemia de COVID-19 en México, en el cual se observó que el 15% de los evaluados presentaron niveles bajos de agotamiento emocional, así como despersonalización 23%, además de una alta realización personal 54%.

Por otro lado, la investigación sobre la salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente de Paraguay durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, realizado por Chávez et al. (2021) evidencio que el 33.6% de los evaluados presentó alto grado de agotamiento

emocional, 37.9% alta despersonalización y 54.7% en baja realización personal, observándose una gran diferencia con el presente estudio. De forma similar que la investigación llevada a cabo a médicos del Hospital Provincial de Portoviejo, Manabí, Ecuador, elaborada por Anzules-Guerra et al. (2022) donde se constató que el 42.5% presentaron altos niveles de agotamiento emocional y 47.5% en despersonalización, observándose además un 45% en nivel bajo de realización personal; lo que implica que el riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout es moderado.

En base a estas ideas, se puede evidenciar en el presente estudio la tendencia de la muestra hacia los niveles bajos de burnout, no obstante, existen porcentajes que sacan a relucir la presencia de burnout en una minoría de los evaluados; resultados que previo al 2022 fueron superiores a nivel de Latinoamérica, lo que refleja el estrés laboral crónico vivido por los sanitarios en su lugar de trabajo durante la pandemia; situación que puede haber sucedido debido a la diferencia del tamaño de la muestra y los años de elaboración de los estudios, considerando el pico de la pandemia.

Con respecto al tercer objetivo sobre identificar la salud mental del personal sanitario a través de sus tres escalas, para lo cual se empleó el Cuestionario de Salud Mental DASS-21, evidenciándose en sus resultados, niveles leves de estrés (95%), ansiedad (80%) y depresión (90%); así como niveles severos del 5%, 10% y 5% respectivamente. Hallazgos que se asemejan al estudio realizado por Martínez et al. (2020) donde se evaluó a 150 individuos, con la finalidad de conocer los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental del personal de salud del estado de Mérida, Venezuela, cuyos resultados arrojaron que de los encuestados el 6.7%, 4% y 5.3% presentaron niveles severos de estrés, ansiedad y depresión respectivamente; con un margen de prevalencia en la ausencia de estas variables en los participantes.

En esta perspectiva y en relación al nivel de severidad de las variables, se encontraron valores similares con el presente estudio, los cuales se observaron en el análisis de autores como Tan et al. (2020) en el que el número de sanitarios singapurenses con niveles de estrés fue de 6.4%, mientras que en ansiedad de 10.8%, y una prevalencia

del 8.1% en depresión, lo que indica una minoría de profesionales con altos índices en estas tres dimensiones y por lo tanto se evidencia que en su gran mayoría los evaluados tiende a afrontar las situaciones vividas durante la pandemia. De forma similar a lo que ocurre en la investigación de Santamaría et al. (2021) la cual evidencia niveles parecidos en las tres escalas evaluadas, tal es el caso que de los 421 profesionales españoles encuestados, el 11.6% indicaron sufrir estrés, 17.3% ansiedad y 3.6% depresión.

En concordancia con estos resultados, queda en evidencia la prevalencia de bajos índices de afectación en la salud mental del personal sanitario mundial durante la pandemia, sin embargo, se debe considerar que tanto en esta investigación como en las otras mencionadas existen aunque en menor medida la presencia de niveles severos y moderados de estrés, ansiedad y depresión.

En cuanto al cuarto objetivo de este estudio, el cual refiere a la determinación del grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra; los resultados en relación con la primera variable reflejan una media de 12.67 de 49 puntos, lo que pone al manifiesto que los encuestados presentan ciertas características de flexibilidad psicológica.

Ahora bien, considerando que este constructo es relativamente nuevo, existe escasa evidencia referente a la inflexibilidad psicológica en tiempos de COVID-19, más aún en cuanto al personal sanitario. No obstante, se han encontrado estudios en estudiantes universitarios, como el de Sánchez et al. (2021) en donde se evaluó a 1264 participantes de las diferentes ciudades del Perú durante la cuarentena por la COVID-19, mediante el instrumento AAQ II, obteniendo resultados que ponen al manifiesto que más del 15% de los participantes tienen altos niveles de evitación experiencial, datos que reflejan una pequeña diferencia entre las investigaciones.

En esta margen de ideas, otra investigación también realizada en Perú por los autores De la Cruz y Mallqui (2022), misma que se realizó a 173 internos pertenecientes a los últimos ciclos de psicología de la Universidad Particular de Huancayo, empleando el cuestionario AAQ-II, evidencia una marcada prevalencia de evitación experiencial (51%),

dato que apunta a un inadecuado mecanismo de solución y afrontamiento de problemas por parte de la mayoría de los evaluados. Algo semejante a lo que ocurre en Europa, evidente en el estudio de Sanabria-Ferrand y Pino-Robledo (2017) en cuya investigación llevada a cabo a un grupo de 687 estudiantes universitarios españoles a través del cuestionario AAQ, se observa que el 71% de los evaluados presentan puntajes que corresponde a la inflexibilidad psicológica.

Por lo antes expuesto, se puede observar una marcada diferencia entre los resultados obtenidos entre el presente estudio y demás investigaciones vinculadas a la inflexibilidad psicológica, ya que el mismo se encuentra muy por debajo de los resultados de los autores antes mencionados, hallazgo relevante si se considera que los altos puntajes se encuentran vinculados a patologías con necesidad de intervención terapéutica, lo que no ocurre con la muestra evaluada ya que presenta tendencia hacia la flexibilidad.

En lo que respecta a la percepción de soledad de los encuestados, los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario UCLA-R, muestran una media de 5.20 puntos sobre 12, lo que quiere decir que la mayoría del personal de salud señaló haber percibido apoyo social durante la COVID-19. Resultados que se aproximan al estudio de Alvarado et al. (2021) donde se evidencia que el 81.7% del total de 1934 profesionales de la salud de Chile, manifestaron a través del cuestionario confeccionado ad-hoc haber contado con una red fiable de compañeros de trabajo y el 93.8% percibir soporte de sus seres queridos; lo que indica que la gran mayoría refirió sentir apoyo durante la pandemia.

En este margen de ideas, los resultados son equiparables a los de autores como Kılınç y Çelik (2020) en su estudio acerca de la relación entre el apoyo social y los niveles de resiliencia psicológica percibidos por 370 enfermeras durante la pandemia de COVID-19 en Turquía, mediante el uso de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), en cuyos resultados se observa que 67.33% de las profesionales tuvo un nivel de apoyo muy bueno, contribuyendo al aumentando de la resiliencia psicológica. En este sentido, otro dato relevante es la investigación llevada a cabo también en Turquía por Ersin et al. (2022) en donde se observa a través de la aplicación de la escala MSPSS que el 39%

de las enfermeras manifestaron haber recibido apoyo, es decir que tan solo una fracción de los evaluados se sintió apoyado durante estas épocas, en contraste de la mayoría quienes percibieron soledad, situación que desfavorece el afrontamiento de las experiencias vividas durante la pandemia.

En tanto el apoyo social percibido por los participantes de esta investigación como de las dos primeras citadas, se observa una aproximación en sus resultados que apuntan hacia el bienestar emocional debido a la alta percepción de apoyo; no obstante, se observa un contraste con autores como Ersin et al. ya que existe una prevalencia a la soledad, dato que pone al manifiesto la necesidad de fortalecer las redes de apoyo de dicho personal sanitario.

Con alusión al último objetivo, vinculado a la identificación de la calidad de sueño que poseen los trabajadores de la salud, el instrumento PSQI arrojó como dato relevante que el 2.5% de los sanitarios tienen alta dificultad para dormir, en oposición al 85% con baja dificultad. Datos que difieren del estudio realizado por Shechter et al. (2020) en cuyos resultados obtenidos a través de un cuestionario con preguntas modificadas del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y el Índice de gravedad del insomnio (ISI) se evidencia que un 45% de la muestra informó tener problemas de sueño con dificultad moderada mientras que el 26% alta o grave; siendo esta una diferencia estadísticamente significativa entre las dos investigaciones.

Al respecto Samaniego et al. (2020) obtuvo resultados superiores, observables en el 27.8% de prevalencia de alta dificultad para dormir entre los 126 profesionales paraguayos a través de la escala ISI; lo que indica un mayor porcentaje en los problemas de calidad del sueño debido al epicentro de la pandemia durante ese año. En esa misma tendencia de crecimiento, Zhang et al. (2020) en su investigación realizada en China a 2186 profesionales a través del ISI encontró que el 30.5% de la muestra posee alta dificultad para dormir; lo cual evidencia un predominio en la dificultad para conciliar el sueño.

Con todo lo anterior, se puede evidenciar un contraste en los resultados obtenidos de los diferentes autores con la presente investigación, ya que la muestra de este estudio

posee una tendencia a la baja dificultad para dormir, situación que difiere de los otros estudios debido a su inclinación hacia una mala calidad del sueño, lo que pudo haber sido causado por la diferencia del tamaño de la muestra estudiada, puesto que esta investigación fue aplicada a una pequeña muestra de 40 sanitarios, en comparación con los 657, 126 y 2186 profesionales estudiados en las investigaciones antes mencionadas; lo que pudo provocar las diferencias observadas entre los resultados con esta investigación.

Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas y laborales de la muestra, se determina que de los 40 profesionales evaluados que laboran en la ciudad de Nueva Loja, más de la mitad pertenece al género femenino, con un predominio en el estado civil casado y una edad promedio de 38.95; el total de los participantes trabaja en entidades públicas, en su gran mayoría a tiempo completo, en turnos, con una media de 8.08 horas de trabajo al día, y 10.88 años de experiencia laboral.

En referencia a los niveles de burnout en los sanitarios evaluados, los resultados obtenidos evidencian puntuaciones relativamente bajas en sus tres dimensiones, no obstante, existe incidencia de afectación principalmente en la variable de realización personal, observándose un 47.5% entre los niveles medio y alto, además de la existencia de agotamiento emocional y despersonalización que aunque en menor medida deben ser considerados debido al estrés crónico que representa el Burnout.

En cuanto a la salud mental de los sanitarios, esta no se ha visto afectada significativamente, evidenciándose niveles leves de estrés, ansiedad y depresión. Sin embargo, existen porcentajes en las tres dimensiones que deben ser atendidas debido a su severidad, especialmente para aquellos profesionales que presentaron índices de ansiedad severa y moderada en un 10% respectivamente.

Por su parte, los sanitarios no denotaron una marcada predominancia en inflexibilidad psicológica, existiendo una baja puntuación en este constructo, lo que nos indica que solo un menor número de evaluados presenta un patrón rígido de comportamiento. Algo semejante ocurre con el apoyo social, ya que en su gran mayoría los profesionales contaron con apoyo por parte de su entorno, no obstante, también se observaron puntuaciones que señalan la presencia de sentimientos de soledad durante la pandemia de la COVID-19.

Finalmente, a través del cuestionario PSQI se identificó que la mayoría de los trabajadores de salud evaluados (85%) poseen baja dificultad para dormir y solo el 12.5%

se ha visto afectado en niveles altos y medios; porcentajes que denotan el cansancio de los profesionales debido a las largas jornadas laborales durante la COVID-19.

Por lo antes expuesto, se concluye que en su gran mayoría el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios de la ciudad de Nueva Loja durante la pandemia de COVID 19, no se vio afectada por las situaciones vividas en la emergencia sanitaria. Sin embargo, se evidenciaron índices medios y altos de burnout, estrés, ansiedad, depresión y en menor medida dificultad para dormir, por parte de un grupo de sanitarios, aspecto que se debe tomar en cuenta para aplicar medidas de prevención.

Recomendaciones

En concordancia con los resultados obtenidos sobre el síndrome de Burnout en el personal sanitario de Nueva Loja, se recomienda priorizar intervenciones institucionales públicas, enfocados en programas preventivos institucionales e intervenciones focalizadas. De forma que en el plano grupal y como prevención para aquellos sanitarios con bajos niveles se aborde la psicoeducación, así como un plan de comunicación interna, reuniones periódicas, buzón de sugerencias y actividades deportivas; mientras en el plano individual se lleve a cabo intervenciones terciarias mediante técnicas de autorregulación para el afrontamiento de estrés, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, adquisición de habilidades sociales y comunicativas; además de técnicas de relajación y respiración, así como la fomentación de hábitos saludables, de forma que se mitigue los estresores causantes del síndrome y el manejo de estrés laboral, principalmente en aquellas personas con índices altos.

En lo que refiere a la salud mental de los sanitarios, es recomendable la implantación de planes de promoción e intervención de la salud mental que incluyan psicoterapia mediante el uso de técnicas psicológicas como las cognitivo conductuales e interpersonales, para el manejo de emociones y contrarrestar pensamientos negativos, además de ejercicios de respiración y relajación, con el objeto de despejar la carga mental del trabajo y el descenso de los niveles de estrés, ansiedad y depresión de los profesionales que presentaron índices medios y severos en estas variables.

En tanto, a la percepción de la soledad, es importante fomentar programas de salud y bienestar integral centrados especialmente en sanitarios con problemas en este constructo, los cuales incluyan secciones de coaching para potenciar los vínculos emocionales entre los grupos de trabajo y gestionar la resolución de conflictos; además de talleres de comunicación asertiva y gestión de emociones tanto para el ámbito laboral como familiar y social; garantizando el fortalecimiento de las redes de apoyo social de los trabajadores de la salud.

Por otro lado, se recomienda profundizar en materia de inflexibilidad psicológica a través de nuevos estudios que proporcionen más información sobre este constructo, de manera que los resultados sirvan de base para futuras comparaciones y discusiones, así como lograr penetrar más en la temática y su importancia en la salud mental de las personas. Adicionalmente, es recomendable la participación de los sanitarios en debates organizacionales internos que permitan la apertura a nuevas formas de ver las situaciones y problemas latentes del trabajo, así como fomentar la creatividad a través de incentivos a la innovación y romper rutinas por medio de actividades recreativas que incluyan el deporte, arte y nuevos aprendizajes de interés.

Se recomienda también un abordaje psicológico desde la intervención primaria que actúe sobre las dificultades presentes en la calidad del sueño, el cual este dirigido a fortalecer y consolidar los conocimientos sobre la temática a través de talleres psicoeducativos, así como actividades recreativas institucionales como el deporte, que promuevan la salud. Además de prácticas saludables de la higiene del sueño que incluyan evitar la ingesta de cafeína 6 horas antes de acostarse y el consumo de alimentos pesados, al igual que la gestión correcta de las horas de descanso, considerando los horarios rotativos o turnos que tienen ciertos sanitarios, asimismo el establecimiento de rutinas nocturnas en el cual se fije un horario regular para dormir, evitando media hora antes cualquier contacto con aparatos digitales.

Finalmente, en función de los resultados evidenciados en la salud mental de los trabajadores sanitarios de la ciudad de Nueva Loja, se recomienda al estado ecuatoriano, específicamente el Ministerio de Salud Pública, el establecimiento de programas de promoción de la salud mental. Abordando desde la intervención primaria la prevención de las variables estudiadas y desde la terciaria aquellos niveles altos de afectación de manera individual, a través del uso de las estrategias y técnicas antes expuestas. Además del planteamiento de nuevos estudios vinculados a la salud mental; de manera que se busque contrarrestar los factores de riesgos psicosociales observados en los trabajadores de la salud de nuestro país.

Referencias

- Acosto, J., & Iglesias, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista Neuropsiquiatra* 83(3), 212-213. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
- Álamo, C., Alonso, M. L., Cañellas, F., Martín, B., Pérez, H., Santo, O. R., & Terán, J. (2016). Insomnio. *Pautas de actuación y seguimiento*, 1-77.
- Alay, E., & Flores, J. (2021). *La pandemia COVID-19 y su repercusión en la funcionalidad familiar del personal de salud, en los centros de salud tipo C, en la ciudad de manta durante el periodo julio a diciembre 2020*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador] Repositorio de tesis de grado y postgrado. bit.ly/3N4urBn
- Alfonso, J., Vlagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonés, E., Campos, M., Cura-González, I., Emparanza, J., Espuga, M., Forjaz, M. J., Gozález-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Salázar, A., Molina, J. D., Ortí-Lucas, R. M., Parellada, M., ... MINDCOVID working groupworking group. (abril-junio 2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de psiquiatría y salud mental* 14(2), 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>
- Alvarado, R., Ramírez, J., Lanio, I., Cortés, M., Aguirre, J., Bedregal, P., Alelio, K., Tapia, T., Burrone, M. S., Cuadra, G., Mascayano, F., Sapag, J., Schilling, S., Soto G., Traub, C., Villarroel, S., y Alarcán, S. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista médica de Chile* 149(8), 1205-1214. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>
- Álvares, M. V., & Cabeza, M. (2020). *La Unión Europea y el COVID-19 : pandemia global, respuestas nacionales, ¿soluciones europeas?* Universidad Nacional de Rosario. <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/19075/Dossier%20UE%20COVID19.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- American Hospital Association. (1 de marzo de 2022). *AHA Letter Re: Challenges Facing America's Health Care Workforce as the U.S. Enters Third Year of COVID-19 Pandemic*. AHA: bit.ly/3NCwv3w
- American Psychological Association (APA). (3 de mayo de 2017). *Superando la depresión*. APA: bit.ly/3FWnbVw
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª Ed)*. Editorial Médica Panamericana.
- Amnistía Internacional. (2020). *Expuesto, acallado y atacado: Deficiencias en la protección del personal sanitario y que realiza labores esenciales durante la pandemia de COVID-19*. bit.ly/3NkLRtp
- Andrades, M., García, F., Concha, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica* 30(3), 49-55.
- Anzules-Guerra, J., Milian-Hernández, E., Delgado-Saldarriaga, L., García, A., & Zambrano, M. (16 de enero de 2022). Caracterización del burnout en médicos del Hospital Provincial de Portoviejo, Manabí, Ecuador, durante la pandemia. *Revista Perú Investiga Salud* 6(1), 7-22. <https://doi.org/10.35839/repis.6.1.1184>
- Apaza, C., Seminario-Sanz, R. S., & Santa-Cruz-Arévalo, J. E. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia* 25(90), 401-410.
- Araujo, P., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., Netto, A. S., Gonzáles, A. I., Lima, D. P., & Carvalho, T. D. (2015). Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 21, 472-475.

- Arpasi, O., Chávez, G. S., Fernandez, L. A., Medina, W. J., Leiton, Z. E., de Araújo, V. A., & Silva, J. R. (abril 2022). Personal de enfermería contagiado por COVID-19: condiciones de trabajo y sus factores asociados en tres hospitales de Lima-Perú. *Enfermería Global* 66, 330-342. <https://doi.org/10.6018/eglobal.502991>
- Arreaza, A., López, O., & Toledo, M. (2021). *La pandemia del COVID-19 en América Latina: impactos y perspectivas*. CAF. bit.ly/3LsGarR
- Arriola, L. F., Palominp, K. R., & Quintana, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina* 13(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>
- Artiles, L., Otero, J., & Barrios, I. (2008). *Metodología de la Investigación: para las ciencias de la salud*. Ciencias Médicas. bit.ly/3tzTLrf
- Ávila, J. (16 de abril de 2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125.
- Ayala, V. A., Marín, M. C., Cruz, J. A., & Hurtado, J. R. (29 de noviembre de 2021). Desafíos, estrategias y oportunidades emergentes para la salud mental en el contexto de la Pandemia de COVID-19. *RECIAMUC* 5(4), 83-91. <https://doi.org/10.26820/reciamuc>
- Barragán, A. R. (25 de enero de 2021). Florecimiento y salud mental óptima en tiempos de COVID-19. *Psicología Iberoamericana* 29(1), 1-17. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.244>
- Barrera, A., Neira, M. J., Raipán, P., Riquelme, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 24(2), 105-115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1(1), 37-48.
- Bermejo, D. M., Álvarez, R., Lliguisupa, V., Pesántez, D. J., & Zhindón, C. E. (2021). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador.

- Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación* 9(2), 153-159.
<http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v9i2.412>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (3ª ed.). Pearson.
<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0061.pdf>
- Betancourt, M. T., Domínguez, W. F., Peláez, B. I., & Herrera, M. (11 de noviembre de 2020). Estrés Laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia de COVID-19. *UNESUM-Ciencias: Revista Científica Multidisciplinaria* 4(3), 41-50.
- Bhattacharya, S. (2020). The Social Impact of the COVID-19 Pandemic. *Observer research foundation* 406.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, Tom, y Zettle, R. D. (diciembre de 2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy* 42(4), 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Broche, Y., Fernández, E., & Reyes, D. A. (5 de febrero de 2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública* 46, 1-14.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. C., & Tizón, J. L. (18 de junio de 2021). Impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población en general: Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria* 53(7), 1-3.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>
- Bulbena, A., Martín-Santos, R., González, J. L., & González-Pinto, A. (1991). Factores de estrés y ansiedad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 18(7), 295-304.
- Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Universidad de las Fuerzas Armadas. bit.ly/3zAVBw3

- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (23 de marzo de 2020). Impacto psicológico y estrategias de afrontamiento del personal médico de primera línea en Hunan entre enero y marzo de 2020 durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Hubei, China. *Medical Science Monitor* 26, 1-16. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Calle, R., Aguirre, C., Calle, J., & Izquierdo, D. (2022). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población multiocupacional ecuatoriana. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies* 3(1) , 776-785.
- Cárdenas, M. A. (abril-junio 2020). La salud mental ante la pandemia de la covid-19. *Pluralidad y Consenso* 44, 128-135.
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Ajayu* 1(1), 1-19.
- Cassaretto, M., Cahu, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP* 21(2), 363-392.
- Castro, R. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista Médica de Chile*, 148, 143-144.
- Centro de Excelencia en Investigación en Salud mental. (2020). *El 40% del personal de salud en Colombia padece trastornos por la pandemia: CESISM*. bit.ly/3Mt31oJ
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19*. bit.ly/3G14YGc
- Centro Ecuatoriano para la promoción y acción de la mujer (CEPAM). (27 de abril de 2020). *La triple pandemia y sus efectos en la vida de las mujeres ecuatorianas*. CEPAM: bit.ly/3LZY6KS
- Cevallos, G., Calle, A., & Ponce, O. (2020). Impacto social causado por la COVID-19 en Ecuador. *3C Empresa. Investigación y pensamiento crítico. Edición Especial COVID-19*, 115-127. <https://doi.org/10.17993/3cemp.2020.edicion ESPECIAL1.115-127>
- Chávez, L., Marcet, G., Ramirez, E., Acosta, L., & Samudio, M. (2021). Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

- y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay. *Revista de Salud Pública de Paraguay* 11(1), 74-79. <https://bit.ly/3ta6EI2>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Bernardini, S., Wen-Can, J., & Cheng-Bin, W. (2020). La pandemia de COVID-19. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences* 57(6), 365-388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- CNN. (25 de diciembre de 2020). *Cronología del coronavirus: del primer caso reportado al desarrollo de vacunas en 12 meses*. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/12/25/cronologia-del-coronavirus-del-primer-caso-reportado-al-desarrollo-de-vacunas-en-12-meses/>
- Coello, C. (8 de marzo de 2018). ¿En realidad las mujeres dominan en el sector de la salud? *Edición médica*. <https://bit.ly/3ljb4lr>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL N.U.). (2020). *Impacto del COVID-19 en la economía de los Estados Unidos y respuestas*. bit.ly/3lm1iFR
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. Documentos de Proyectos. bit.ly/3a39XKL
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *América Latina y el Caribe (33 países): tasa de crecimiento del PIB en 2020 y proyecciones para 2021 y 2022*. bit.ly/3PuRR4E
- Correa, M. (2021). *Evaluación del nivel de estrés laboral en los médicos y enfermeras de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Estrategias de afrontamiento adecuado*. [Tesis de maestría, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional. bit.ly/38Opjma
- Dabanch, J. (2021). Emergencia de SARS-CoV-2. Aspectos básicos sobre su origen, epidemiología, estructura y patogenia para clínicos. *Revista Médica Clínica las Condes* 32(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.003>
- Davini, Gellon De Salluzi, & Rossi. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.

- De Ambrosio, M., Castilhos, W., Elizondo-Lucci, C., Arévalo, G., Rueda, A., & Portillo, Z. (17 de abril de 2020). *Coronavirus y salud mental: cómo prevenir otra crisis sanitaria*. SciDevNet: bit.ly/3NEhOgm
- De la Cruz, T. M., & Mallqui, P. (2022). Ansiedad y evitación experiencial en internos de la escuela profesional de psicología de una universidad particular de Huancayo. [Tesis de grado, Universidad Peruana los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://bit.ly/3Tqrz46>
- Delgado, C. J., Varas-García, J., Ruiz, F., Díaz-Espejo, B., Cantón-Guerrero, P., Ruiz, E., González, N., Rincón, A., y Ramos, R. (marzo 2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 40(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>
- Denning, M., Teng-Goh, E., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., Martin, G., Clarke, J., Sounderajah, V., Markar, S., Przybylowicz, J., Huak-Chan, Y., Huia-Sia, Ch., Xian-Chua, Y., Sim, K., Lim, L., Tan, L., Tan, M., Sharma, V., y Kinross, J. (16 de abril de 2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *Plos one* 16(4), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
- Díaz, D. (31 de diciembre de 2021). Efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la familia. *Revista San Gregorio*, 149-168.
- Domínguez, R., Zelaya, S., Gutiérrez, M., & Castellanos, E. (17 de agosto de 2020). Medidas de protección personal para disminución de riesgo de contagio de COVID-19. *Instituto Nacional de Salud del Salvador*, 1-17.
- DW. (8 de mayo de 2020). *OMS confirma aumento de violencia contra mujeres por cuarentenas*. bit.ly/3wW84ax
- Ersin, F., Havlioğlu, S., & Gür, S. C. (2022). Mental well-being and social support perceptions of nurses working in a Covid-19 pandemic hospital. *Perspect Psychiatr Care* 58(1), 124-131. <https://doi.org/10.1111/ppc.12833>

- Esteves, A. (2020). El impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo de Ecuador. *Mundos Plurales-Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 7(2), 35-41. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4875>
- Fabres, L., & Moya, P. (02 de septiembre de 2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica las Condes* 32(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.09.001>
- Fern, K. V. (2015). Formación de esquemas maladaptativos tempranos y su relación con los trastornos ansiosos. *Tejidos sociales* 1(1), 100-108.
- Ferrer, R. (11 de abril de 2020). Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva* 44(6), 323-324. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002>
- France 24. (13 de enero de 2020). *Primer caso en Tailandia de un nuevo virus procedente de China*. <https://www.france24.com/es/20200113-primer-caso-en-tailandia-de-un-nuevo-virus-procedente-de-china>
- Franck, E., Goossens, E., Van-Gils, Y., Portzky, M., Somville, F., Abuawad, M., Sloomans, S., y Van-Bogaert, P. (23 de julio de 2021). El papel del comportamiento de afrontamiento en la angustia y la somatización de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Frontiers en psicología*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684618>
- Franco, J. A., & Leví, P. (2020). Sentimientos, estrés y estrategias de adaptación de enfermos ante el Covid-19 en Guayaquil. *Invertir. Educ. Enferm.* 38(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e07>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30(1), 159-165.
- Gallego, S., & Alastrué, L. (10 de noviembre de 2021). Efectos psicológicos en el personal sanitario ante la pandemia covid-19. *Revista Electrónica de PortalesMédicos* XVI(21), 993.
- García, J. A. (2022). Salud mental y COVID-19: Una meta revisión de investigaciones y evidencias. *Investigativo* 17, 4-18. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2022.17.1>

- Gil, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis.
- Gil, T. (17 de marzo de 2020). Coronavirus: el colapso en la economía china por el coronavirus (y por qué es una "gran amenaza" para el mundo). *BBC NEWS*. [bbc.in/3FWsILS](https://www.bbc.com/es/3FWsILS)
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (abril de 2017). La flexibilidad psicológica como objetivo de salud pública maleable: evidencia de una muestra representativa. *Revista de Ciencias del Comportamiento Contextual* 6(2), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
- Granados, Z., Bartra, A., Bendezú, D., Huamanchumo, J., Hurtado, E., Jiménez, J., León, F., y Chang, D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina* 74(4), 311-314.
- Guerrero, S. (2020). Coronavirus en Ecuador: Una opinión desde la academia. *La Granja: Revista de Ciencias de la Vida* 32(2).
- Halsted, M., Bennet, S., & Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: an application of the ways of coping checklist. *Journal of clinical child psychology* 22(3), 337-344.
- Hammond, N. E., Crowe, L., Abbenbroek, B., Elliott, R., Tian, D., Donaldson, L., Fitzgerald, E., Flower, O., Grattan, S., Harris, R., Sayers, L., y Delaney, A. (marzo de 2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Australian Critical Care* 34(2), 146-154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.004>
- Hernández, D., Malpartida, J. N., Mato, R., Satalaya, K., Huaripata, Y. R., Ramos, L. J., & Dias, J. R. (junio 2021). Crisis Laboral en tiempos de COVID-19. *Revista de investigación científica y tecnológica Llamkasun* 2(3), 45-63. <https://doi.org/10.47797/llamkasun.v2i3.54>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Pilar-Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación (6ª ed.)*. McGraw Hill / Interamericana Editores.

- Hernández-Sanpieri, R., Fernández-Collado, C., & Pilar-Baptista, L. (1991). *Metodología de la Investigación (1ª ed.)*. MCGRAW-HILL. bit.ly/3NMMj4f
- Houtman, L., & Kompier, M. (1998). *Trabajo y salud mental*. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo (3ª ed.)*. Chantal Dufresne, BA.
- Htay, M., Marzo, R. R., Bahari, R., AIRifai, A., Kamberi, F., El-Abasiri, R. A., Nyamache, J. M., Hlaing, H. A., Hassanein, M., Moe, S., Abas, A. L., y Su, T. T. Su, T. T. (7 de mayo de 2021). How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? -A cross-sectional multi-countries study. *Clinical Epidemiology and Global Health* 11, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100759>
- Huilca, D. M., & Baño, Á. E. (2021). La Reactivación de la Economía Ecuatoriana durante la Pandemia por COVID – 19. *Revista Jurídica Crítica y Derecho* 2(3), 79-89. <https://doi.org/10.29166/cyd.v2i3.3191>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. (2021). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)*. <https://bit.ly/3FC0h7N>
- Jaramillo, K. P., López, V. M., & Sánchez, R. N. (2022). Rasgos de personalidad e inflexibilidad psicológica en adictos al alcohol. *Revista Científica de Psicología Eureka* 19(1), 22-38.
- Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*. 53(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kılınç , T., & Çelik , A. S. (2020). Relación entre el apoyo social y los niveles de resiliencia psicológica percibidos por las enfermeras durante la pandemia de COVID-19: un estudio de Turquía. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1000-1008. <https://doi.org/10.1111/ppc.12648>
- Kohen, J. (2020). *El trabajo y la salud en tiempos de COVID-19. Mientras continúa la pandemia*. bit.ly/39EUfpa

- Koppman, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes* 32(1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>
- La Vanguardia. (26 de marzo de 2020). *OMS: el impacto psicológico del COVID-19 en la sociedad no debe ser ignorado*. bit.ly/3wOTfXa
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, Manli, Wang, Huafen, Wang, Gaohua, Liu, Zhongchun, y Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *AMA Netw open* 3(3), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamannetworkopen.2020.3976>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill.
- Lazo, Á. (2021). Alteraciones del sueño durante la pandemia por COVID-19. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud* 7(2), 42-43.
- López, E. A., Cano, C., & Salazar, V. (2020). *Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES [Tesis de especialización, Universidad Cooperativa de Colombia]*. Repositorio Institucional UCC. <https://bit.ly/3NSaPC1>
- Lovibond, P. F., & 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, 335-343.
- Lozano, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 84(1), 1-2. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>
- Lozano, A. (enero 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. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta* 42(165-166), 3-14.

- Madoz, A., Leira, M., Ibáñez, A., & Ochoa, E. (julio 2021). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. *Adicciones* 20(10), 1-8. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1643>
- Malo, C. C. (2021). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en los trabajadores asistenciales de la Unidad Ejecutora 412 Salud Virú durante tiempos COVID-19. 2020.* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio digital institucional. bit.ly/38jMbd2
- Martín, E., & Pacheco, T. (2021). Impacto psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia COVID-19. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 71-89.
- Martínez, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I., & Pinto, S. (2020). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado de Mérida, Venezuela. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud* 5(2), 77-88. <https://bit.ly/3TkQeHs>
- Martínez, R. J., González, L. P., Navarro, N. E., Roca, J. M., & Reynoso, O. U. (2 de agosto de 2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global* 20(63), 1-32. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.452781>
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo* 11(32) , 37-43.
- Maslach, C., Jackson , S., Leiter, M., & Schauf, R. (1986). Maslach burnout inventory. *Palo Alto: Consulting psychologists press*, 3463-3464.
- Medina, O., Araque, F., Ruiz, L., & Riaño, M. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 37 (4), 755-761. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>
- Mellin, M., & Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 21(1) , 81-91.

- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2022). Informe epidemiológico de COVID-19, Ecuador 2022. bit.ly/3LtglI4
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Consenso Multidisciplinario Informado en la Evidencia sobre el Tratamiento de COVID-19*. bit.ly/3PuJc2g
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Lineamientos operativos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria*. MSP. bit.ly/3wVSqgA
- Ministerio del Trabajo. (31 de octubre de 2018). *Acuerdo Ministerial MDT-2018-0219*. <https://bit.ly/3NtqzLt>
- Miranda, R., & Murguía, E. D. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences* 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Miró, E., Cano, M. C., & Buela, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología* 14, 11-27.
- Mojica, R., & Morales, M. M. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *SEMERGEN* 46(S1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.05.010>
- Montero, M., López, L., & Sánchez, J. J. (febrero 2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental* 24(1), 19-27.
- Monterrosa, A., & Contreras, J. (noviembre de 2019). *El miedo al COVID-19 y los médicos generales colombianos*. Universidad de Cartagena: bit.ly/37YaNI9
- Monterrosa, A., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M., & Flores, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB* 23(2), 195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Monterrosa, Á., Gonzáles, A., & Beltrán, T. (2020). Percepción de discriminación en un grupo de médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19 y su relación con factores laborales y psicológicos. *Salud Uninorte* 36(1), 25-45. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.616.2>

- Morán, S. (02 de abril de 2020). *La angustia del dueño de un hotel en Cuyabeno que recibió al segundo paciente con coronavirus en Ecuador*. Plan V: bit.ly/3wPLpN6
- Morejón, A., & García-Bóveda, R. J. (1994). ULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud* 6(1), 45-54.
- Muñoz, I., Molina, D., Ochoa, R., Sánchez, O., & Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex.* 41(1), 127-136.
- Naranjo, M. J., Morales, I. A., & Ron, R. E. (octubre de 2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. *Revista Nov Verba* 10(2), 115-135.
- Naranjo, T., & Poveda, S. (octubre 2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Revista Médica Electrónica* 43(5), 1-12.
- Nicolini, H. (27 de mayo de 2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de. *Cirugía y Cirujanos* 88(5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- Obando, R., Arévalo, J. M., Aliaga, R. A., & Obando, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería* 29(4), 225-229. <https://bit.ly/3FKINqT>
- Observatorio Social del Ecuador. (27 de abril de 2021). *Vacunación contra la Covid-19 en Ecuador*. bit.ly/3wyEkk0
- Olarte-Durand, M., Roqu-Aycachi, J., Rojas-Humpire, R., Canaza-Apaza, J., Laureano, S., Rojas-Humpire, A., & Huanchuire-Vega, S. (9 de diciembre de 2021). Estado de ánimo y calidad del sueño en estudiantes de medicina peruanos durante la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.010>
- Olivares, V. (2016). Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Entrega del doctorado honoris causa a Christina Maslach*.

- Olivares, V. (abril de 2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo* 19(58), 59-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (13 de enero de 2022). *América Latina: El personal de la salud muestra elevados niveles de depresión y pensamiento suicida debido a la pandemia*. Noticias ONU: <https://bit.ly/38FWBDP>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Séptima edición Estimaciones actualizadas y análisis*. bit.ly/3PuaYM2
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS: bit.ly/3PunbAv
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (10 de Noviembre de 2020). *Información básica sobre la COVID-19*. bit.ly/3yMIHLX
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Salud mental y resiliencia psicológica durante la pandemia de COVID-19*. bit.ly/3sNwBNJ
- Organización mundial de la salud. (2003). *CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ª ed.)*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (13 de septiembre de 2021). *Depresión*. OPS: bit.ly/3LtjWG4
- Organización Panamericana de la Salud. (8 de septiembre de 2020). *El consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe*. OPS: bit.ly/3MFL9Xu
- Organización Panamericana de la Salud. (2 de marzo de 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. OPS: bit.ly/3yJQIQI
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. Fondo de cultura económica. bit.ly/3lkygGB

- Ortega-Jiménez, D., Ruisoto, P., Bretones, F., Ramírez, M., & Vaca, S. (2021). Psychological (In) Flexibility Mediates the Effect of Loneliness on Psychological Stress. Evidence from a Large Sample of University Professors. *International Journal Environmental Research and Public Health* 18.
- Ortiz, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología* 36(3), 135-143.
- Ortiz, E., & Fernández, R. (2020). Impacto de la COVID-19 en el Ecuador: De los datos inexactos a las muertes en exceso. Impact of COVID-19 in Ecuador: From inaccurate data to using excess mortality. *Revista Ecuatoriana de Neurología* 29(2). <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol29200008>
- Özçevik, D., Akça, A., Şimşek, E., & Ferda, A. (2 de marzo de 2021). Ansiedad de los trabajadores de la salud y estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 en Turquía. *Perspectiva de Atención Psiquiátrica*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12755>
- Pakenham, K., Landi, G., Bocolini, G., Furlani, A., Grandi, S., & Tossani, E. (20 de julio de 2020). The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 17, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003>
- Paladines, Bustamante, & Sánchez. (2021). *Informe de salud mental de la población ecuatoriana*. Universidad Técnica Particular de Loja. bit.ly/3FX205E
- Park, S., & Park, Y. C. (2020). Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. *Psychiatry Investigation* 17(2), 85-86. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058>
- Peñafiel, J., Ramírez, A., Mesa, I., & Martínez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 40(3), 202-211. <http://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>

- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Loneliness. A Sourcebook of Current Theory. *Research and Therapy* 1, 123-133.
- Pérez, G. A. (2021). Reflexiones en tiempos de pandemia. El impacto del SRAG/SARS2 – COVID-19 y sus consecuencias. *Investigaciones Históricas, época moderna y contemporánea*, Extraordinario I, 731-746.
<https://doi.org/10.24197/ihemc.0.2021.731-746>
- Pérez, M. R., Gómez, J. J., & Dieguez, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 19(2), 1-15.
- Pilataxi, D., Velasco, L., & Fierro, M. (09 de agosto de 2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental del profesional de enfermería. *Revista del grupo de investigación en comunidad y salud* 6(2), 64-76.
- Prasad, K., Mcloughlin, C., Stillman, M., Poplau, S., Goelz, E., Taylor, S., Nankivil, N., Marrón, R., Linzer, M., Cappelucci, K., Barbouche, M., y Sissky, C. (16 de mayo 2021). Prevalencia y correlaciones del estrés y el agotamiento entre los trabajadores de la salud de EE. UU. durante la pandemia de COVID-19: un estudio de encuesta transversal nacional. *ECclinicalMedicina* 35, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.eclim.2021.100879>
- Quijije, R., Vargas, G., Olaya-Pincay, M. E., & Cando, N. (noviembre de 2020). Evaluación de estrés en el personal médico hospitalario ante el COVID-19. *Universidad, Ciencia y Tecnología* 24(106), 96-101. <https://doi.org/10.47460/uct.v24i106.401>
- Quiroz, G., Vergara, M., Yáñez, M., Pelayo, P., Moreno, R., & Mejía, M. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 20-32.
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (7 de septiembre de 2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombino Journal of Anesthesiology* 48(4), 1-8.
<https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

- Raraz, J. G., Allpas, H. L., Torres, F. K., Cabrera, W. M., Alcántara, L. M., Ramos, R. P., Aldea, F. K., Colona, V., y Raraz, O. B. (abril 2021). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el COVID-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 21(2), 335-345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3608>
- Restrepo, M., Escobar, M., Marín, L. A., & Restrepo, D. (11 de marzo de 2021). Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.001>
- Rodríguez, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M. A., & Quintero, J. (23 de diciembre de 2020). COVID-19 y salud mental: Update on COVID-19 and mental health. *Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid* 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Rodríguez, C. (junio 2020). Five psychological challenges of the COVID-19 crisis. *JONNPR*. 5(6), 583-588. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. (2018). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta De Investigación Psicológica* 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Rook, K. (1984). Promoting Social Bonding. Strategies for helping the Lonely and Socially Isolated. *Am Psychol* , 1389-1407.
- Rosales, Y., & Rosales, F. R. (julio de 2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental* 36(4), 337-345.
- Rossi, R., Socci , V., Pacitti , F., Di Lorezo, G., Di Marco , A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *Jama network open* 3(5), 1-4. <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067801>
- Sabino , C. (1992). *El proceso de investigación*. Panamericana.

- Sacoto, F. (mayo 2021). Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud. *Mundosplurales* 8(1), 57-64.
- San Molina, L., & Arranz-Martí, B. (2010). *Comprender la depresión*. Amat. bit.ly/38TsjxP
- Sanabria-Ferrand, P. A., & Pino-Robledo, S. (2017). Relaciones entre la presencia de evitación experiencial y el nivel de actividad física de jóvenes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte* 26(2), 119-122. bit.ly/3OcRBad
- Sánchez, H. H., Yarlequé, L. A., Javier, L., Nuñez, E. R., Arenas, C., Matalinares, M. L., Gutiérrez, E., Egoavil, I., Solis, J., y Fernandez, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 21(2), 346-353. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3179>
- Sánchez, J. P., González, T. B., Pool, S., López, M. L., & Tovilla, C. A. (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
- Sánchez, J. S., Peniche, K. G., Rivera, G., González, E. A., Martínez, E. A., Monares, E., & Calyeca, M. V. (22 de mayo de 2020). Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. *Med Crit* 34(3), 200-203. <https://doi.org/10.35366/94900>
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J., & Gorrotxategi, M. P. (abril-junio 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://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Santilán, A., & Palacios, e. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *Interamerican journal of medicine and health*, 1-4. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.89>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: the Social. *Journal of Personality and Social Psychology* 44(1), 127-139.

- Sarsosa, K., & Charria, V. H. (2018). Éstres laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud* 20(1), 44-52. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>
- Shechter, A., Diaz, F; Moise, N., Anstey, DE., Ye, S.; Agarwal, S., Birk, JL., Brodie, D., Cannone, DE., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, RC., Hochman, B., Homma, S., Kronish, IM., Lee, SA., y Abdalla, M. (2020). Angustia psicológica, comportamientos de afrontamiento y preferencias de apoyo entre los trabajadores de la salud de Nueva York durante la pandemia de COVID-19. *Psiquiatría del Hospital General* 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat , I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade* 3(1), 10-59.
- Sixtos, A. Y. (2022). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en el personal médico que atendió a pacientes en el módulo respiratorio durante la pandemia COVID-19 en la unidad de medicina familiar Aguascalientes [Tesis de maestría, Universidad autónoma Aguascalientes]*. Repositorio bibliográfico.
- Soriano, J. (julio 2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología* (75), 73-85.
- Spidel, A., Leomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 91(2), 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Tan, B., Chew, N., Lee, G., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L., Zhang, Ka, Chin, H., Ahmad, A., Khan, F., Shanmugam, G., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P., Wong, L., Sagayanathan, R., y Chen, J. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 1-3. <https://bit.ly/3EgHk9B>

- Tausch, A., Oliveira e Souza, R., Martinez-Viciano, C., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. J. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health-Americas* 5. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Tejero, C. M., & Fernández, J. (2007). El síndrome de burnout en la dirección escolar: concepto, sintomatología y antecedentes. *Bordón* 59(4), 685-694.
- Thomaé, M., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (enero de 2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 153(1), 18-21.
- Torío, S. (2021). La vivencia de la soledad en la vejez. Una mirada en tiempos de pandemia. *Revista interuniversitaria* 37, 9-16. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.37.00
- Torres , Y. (07 de enero de 2022). *OMS oficializa el Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo*. Medicina Salud Pública: bit.ly/37WRdvl
- Torres, V., Farias, J. D., Reyes, L. A., & Guillén, C. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19. *Revista mexicana de urología* 80(3), 1-10.
- Traub, C., & Sapag, J. C. (2020). Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en Salud Mental. *Revista médica de Chile* 148(9), 1371-1380. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901371>
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata, A., & Irrarrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 1121-1127.
- Vaca, D., & Mayorga, D. (enero 2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga* 6(1), 20-26.
- Valarezo, N. (2020). La bioseguridad y el personal de salud: a propósito de la pandemia de COVID-19. *Enfermería Investiga* 5(3), 1-4.

- Valdés, P., Cámara, L., De la Serna, M., Abuabara-Turbay, Y., Carballo-Zárate, V., Hernández-Ayazo, H., Sierra-Merlano, R., Viera-Jaraba, A., Rodríguez-Hurtado, D., Vaucher-Rivero, A., Melgar-Cuéllar, F., Ibáñez-Guzmán, C., Araya-Fonseca, C., Betancourt-Torres, I., Montúfar-Guardado, R., Nitsch-Montiel, C., Brav-Mejía, C. R., Salgado-Guevara, D. A., Bustillo-Valeriano, P. L. y Carrasco-Dueñas, S. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Acta Medica Colombiana* 45(3), 55-69. <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>
- Valero, N. J., Vélez, M. F., Duran, Á. A., & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga* 5(3), 63-70.
- Valiente, C., Saiz, J., Valiente, B., Lombraña, R., & Martínez, M. (noviembre de 2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología* 38(3), 149-158.
- Vázquez, A. J., & Jiménez García, R. (1994). Ruls: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud* 6(1), 1-10.
- Vega, D., Olvera, F. J., & Bernal, A. M. (2014). Análisis psicométrico de la escala de soledad de UCLA (versión 3) en una muestra de guardias civiles. *Apuntes de Psicología* 32(3), 289-294.
- Veloso, E., Collera, S. Y., Veloso, A., & Ruis, A. L. (31 de mayo de 2022). Estado psicológico del personal sanitario en atención directa a personas contagiadas de COVID-19. *Medisur [revista en Internet]* 18(5), 1009-1014.
- Villa, M. A., Navarro, M. E., & Villaseñor, T. J. (2017). *Neuropsicología clínica hospitalaria*. El Manual Moderno S.A. de C.V. bit.ly/37Y9U2j
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press. bit.ly/3xGU1WG
- Weller, J., Gómez, M., Martín, A., & Ravest, J. (2020). *El impacto de la crisis sanitaria del COVID-19 en los mercados laborales latinoamericanos*. bit.ly/3PvI3IB

Wilson, K., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shanguan, F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., y Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Apéndice

Apéndice A. Batería psicológica aplicada

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Estimado/a,

El propósito de esta información es ayudarlo 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?

Para el estudio no se han 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 serán 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 levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala de depresión ansiedad y estrés - DASS 21, Cuestionario de aceptación acción (AAQ), Escala de soledad UCLA-20, AUDIT 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 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:

Éste es un estudio en 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

NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada. Se le proporcionará copia de este documento.

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, voluntariamente y consciente 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, CONFIDENCIALES** 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

Apartado recortable:

Estimado participante, como es de su conocimiento usted ha participado de forma libre y voluntaria en responder la Batería psicológica del Proyecto: *“Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador”*. Por tanto, únicamente para fines de cumplimiento con la actividad académica de recolección de datos, se solicita escriba su número de **cédula de identidad** Cabe mencionar que sus datos no serán vinculados en ningún momento a las respuestas que emita en los cuestionarios.

Desde la UTPL reiteramos nuestro agradecimiento por su participación.

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 **Edad:** _____ años **Número de hijos:** _____
Ciudad de trabajo: _____ **Nacionalidad:** _____

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

La zona que trabaja es: Urbana Rural Su remuneración es de:
 \$425 a \$800 \$1201 a \$1600
 \$801 a \$1200 mayor a \$1601

Profesión: _____ **Título:** _____

Tipo de contrato: Nombramiento permanente Nombramiento provisional
 Libre nombramiento y remoción Servicios ocasionales
 Otro

Horas que trabaja diariamente: _____ **Trabaja usted en turno:** Si No

La institución provee de recursos necesarios para su trabajo: Totalmente Medianamente Poco Nada

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: Si No

¿Siente que su trabajo consume <i>tanta energía</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Siente que su trabajo toma <i>tanto tiempo</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 se 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 experimento 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 podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que 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
20.	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 querría	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-R

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

- 1= Nunca
 2= Rara vez
 3= A veces
 4= Siempre
 Con que 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

AUDIT

Por favor responda a las siguientes preguntas según cada opción de respuesta

1.	En el último año ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?	Nunca. (Si su respuesta es esta, pasar directamente a la pregunta 9)	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes.	2 ó 3 veces a la semana.	4 ó más veces a la semana.
2.	En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?	2 o menos	3 ó 4.	5 ó 6.	7 a 9.	10 ó más.

En el último año:		Nunca	Menos de una vez/mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
3.	¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	0	1	2	3	4
4.	¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0	1	2	3	4
5.	¿Con qué frecuencia no logró lo que se esperaba de usted por la bebida?	0	1	2	3	4
6.	¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	0	1	2	3	4
7.	¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	0	1	2	3	4
8.	¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	0	1	2	3	4
		No	Sí, pero no en el último año.	Sí, en el último año		
9.	¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	0	2	4		
10.	¿A algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	0	2	4		

Calidad de sueño

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

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?: _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?: _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?: _____
4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado): _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has 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 calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

Muy buena Muy mala
 Bastante buena Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicina (prescritas o automedicadas) 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 tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas 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, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

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

10. Tienes pareja o compañero/a de habitación?

No tengo Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
 Si tengo, pero duerme en otra habitación Si 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gracias por su participación