



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 Ecuador**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Leiva Guzmán, Anyely Jorely

Directora: Suárez Pesántez, Karla Verónica

PIÑAS

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, 14 de marzo de 2023

Magister
Geovanny Cuenca Puma.
Director de la carrera de Psicología
Ciudad

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de directora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de Covid 19 en Ecuador, realizado por Anyely Jorely Leiva Guzmán, 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,

Directora del Trabajo de Integración Curricular

Mgtr. Karla Verónica Suárez Pesántez

C.I: 0302054325

Correo electrónico: kvsuarez3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Anyely Jorely Leiva Guzmán, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de Covid 19 en Ecuador, específicamente de los contenidos comprendidos en Introducción, Capítulo 1. Marco teórico del covid 19, reseña histórica de la pandemia, consecuencias del covid, covid en Ecuador y covid 19 en personal sanitario y sus repercusiones, Capítulo 2. Evidencia empírica. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo la Mgtr: Karla Verónica Suárez Pesántes, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, el 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 autora, de forma incondicional, completa, exclusiva, y por todo el tiempo de su vigencia.

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

Autora: Anyely Jorely Leiva Guzmán

C.I: 0705642130

Correo electrónico: ajleiva@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo de integración curricular lo dedico ante todo a Dios por haberme dado la capacidad intelectual y fortaleza para culminar con éxito mis estudios, a mis queridos padres Juan Gilberto y Anita del Carmen, ejemplos de responsabilidad, quienes con sabiduría han sabido guiarme y apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi vida, a mi hermano: Alex Darío, por creer en mí, quien con sus palabras de aliento me ha permitido llegar a estas instancias, dentro de mi vida académica, a mi esposo Deivy Gonzalo por ser mi compañero en cada paso, por todo su amor y sacrificio en haberme dado esta carrera, por confiar en mi capacidad y brindarme toda su comprensión y por ultimo a mi querida hija Annie Paulette por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Anyely Jorely

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios, por ser mi fortaleza y mi guía, a mi apreciada directora de este trabajo la Mgtr: Karla Verónica Suarez Pesantes, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas, por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a esta facultad.

Pero un trabajo de integración curricular es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales. Gracias a mi familia, a mis padres, a mi hermano, Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión. Pero, sobre todo, gracias a mi esposo y a mi hija, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este trabajo, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

A todos, muchas gracias.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derecho.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Indice de contenido.....	VII
Indice de tablas.....	IX
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	5
Marco Teórico.....	5
1.1. Covid 19.....	5
1.1.1 <i>Reseña histórica de la pandemia</i>	5
1.1.2 <i>Consecuencias de COVID 19</i>	7
1.1.3 <i>COVID 19 en Ecuador</i>	13
1.1.4 <i>COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones</i>	14
1.2 Afectaciones a la Salud Mental	16
1.2.1 <i>Salud Mental</i>	16
1.2.2 <i>Repercusiones en la salud mental en profesionales sanitarios</i>	23
1.3. Variables psicosociales relacionadas a la salud mental.....	27
1.3.1 <i>Inflexibilidad psicológica</i>	28
1.3.2 <i>Soledad y apoyo social</i>	29
1.3.3 <i>Estrategias de afrontamiento</i>	30
Capítulo dos.....	34
Marco Metodológico.....	34
2.1. Objetivos de la investigación.....	34
2.2. Preguntas de investigación.....	34
2.3. Diseño de investigación	35
2.4. Población y muestra	36
2.4.1. <i>Criterios de inclusion y exclusion</i>	37
2.5 Instrumentos de recogida de información.....	37
2.6. Procedimiento	40
Capítulo tres.....	42
Análisis de resultados y discusión.....	42
3.1 Análisis de resultados	42
3.2. Discusión	45
Conclusiones.....	52

Recomendaciones.....	53
Referencias	54
Apéndice	64

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud	42
Tabla 2. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud	43
Tabla 3. Percepción de la salud mental del personal de salud	44
Tabla 4. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.	44
Tabla 5. Calidad de sueño del personal de salud	45

Resumen

El presente Trabajo de Integración Curricular tuvo como objetivo determinar el estado de la salud mental de 40 trabajadores del personal sanitario durante pandemia de COVID 19 del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quillnga, durante el año 2022. El estudio se desarrolló desde un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Ad Hoc sociodemográfico, Inventario del Estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), Cuestionario de aceptación y acción (AAQ – II) 7, Escala de Soledad de (UCLA-3) e Índice de calidad de sueño (PSQI), instrumentos fundamentales para conocer la salud mental del grupo de encuestados.

En los resultados encontrados, respecto al síndrome de burnout los trabajadores presentaron niveles bajos, es decir, el personal de salud enfrenta las dificultades laborales de manera satisfactoria. También es importante mencionar que en el indicador que representa la salud mental, los trabajadores mostraron tener un nivel leve de estrés, ansiedad y depresión lo que muestra que no se evidencia una alteración en su salud mental.

Palabras claves: Salud mental, personal sanitario, covid 19.

Abstract

The objective of this curricular integration work was to determine the state of mental health of 40 health workers during the COVID 19 pandemic of the Health District 11D06 Calvas - Gonzanamá - Quilanga, during the year 2022. The study was developed from a non-specific design. experimental, with a quantitative approach, of a cross-sectional descriptive type. The instruments used were: Ad Hoc Sociodemographic Questionnaire, Chronic Work Stress Inventory (MBI-HSS), Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS - 21), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ - II) 7, Loneliness Scale of (UCLA-3) and Sleep Quality Index (PSQI), fundamental instruments to know the mental health of the group of workers.

In the results found, regarding burnout syndrome, workers presented low levels, that is, health personnel face problematic situations or labor difficulties satisfactorily. It is also important to mention that in the indicator that represents mental health, the workers showed a slight level of stress, anxiety and depression, which shows that there is no evidence of an alteration in the mental health.

Keywords: Mental health, personal toilet, covid 19.

Introducción

El presente trabajo investigativo tuvo como fin determinar el estado de la salud mental de 40 trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022. Siendo de conocimiento de todos que a finales de diciembre de 2019 se reportaron una serie de casos de neumonía atípica, en ese momento de origen desconocido, en Wuhan, China, días más tarde se identificó al agente etiológico como un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, y a la enfermedad que produce se la denominó COVID-19, pasando de ser un brote aislado en una región de china a convertirse en una emergencia sanitaria de preocupación internacional, y posteriormente en una pandemia.

Frente a la pandemia por la COVID-19, el personal de salud se encuentra enfrentado a intensos estresores laborales tales como: jornadas de trabajo prolongadas, sobrecarga de trabajo, medidas de seguridad estrictas, escasez de equipamientos de protección y reducción del contacto social. Entre las principales manifestaciones a nivel psicológico se puede evidenciar síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre otro tipo de sintomatología presentes desde el inicio de la emergencia sanitaria hasta la fecha (Vaca & Mayorga, 2021).

Por tal motivo, es importante destacar el aporte de los autores (Pérez & Iniesta, 2021), quienes consideraron importante analizar las variables disfuncionales en el ambiente laboral que pueden influir en el desarrollo del burnout, por lo que elaboraron un análisis sobre factores de riesgos psicosociales demostrando de esta manera que el burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado a una mala gestión de las demandas psicológicas del trabajo, lo que reduce la calidad de vida del paciente y afecta negativamente la calidad de la atención sanitaria.

En el desarrollo del trabajo de integración curricular se realizaron tres capítulos, en el Capítulo 1; se despliega todo el marco teórico, mediante las descripciones de principales conceptos, analizando bases teóricas de diferentes autores, relacionando los factores de

riesgos psicosociales, incluyendo las dimensiones e indicadores que corresponden, así como la reflexión de las causas y efectos en la salud mental de los trabajadores. En el Capítulo 2, se desarrolla la metodología, el diseño del estudio corresponde a un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo transversal, detallando los procesos investigativos con la finalidad de analizar el bienestar de la salud mental de los trabajadores de la salud, se planteó la solicitud al grupo de trabajadores quienes respondieron la encuesta de manera física. El Capítulo 3, presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos luego de haber aplicado las encuestas, siendo analizados mediante tablas de comparación de datos. Así mismo, se analizó cada herramienta aplicada a partir de los resultados obtenidos y la confrontación con investigaciones de otros autores citados en el marco teórico, estableciéndose la discusión.

La metodología se enmarcó en la encuesta aplicada a los trabajadores de la salud, además se utilizan varios instrumentos para analizar la situación sociodemográfica y laboral, identificar, valorar el síndrome de burnout, evaluar los riesgos psicosociales, analizar la escala de soledad y valorar los niveles de la misma siendo fundamental su aplicación para conocer cómo se siente nuestro personal de salud y valorar sus niveles de aislamiento.

En lo que respecta al aporte de este trabajo para la sociedad, el estudiar cuál es el estado de la salud mental en los profesionales de la salud, permitió realizar un análisis sobre la importancia del síndrome de burnout considerando variables como la depresión, la ansiedad y el estrés. Siendo importante que las instituciones públicas o privadas, reconozcan la importancia que tiene la salud del trabajador, tanto la física como mental

Finalmente, ha sido fundamental este proceso investigativo para mejorar la condición de los trabajadores y así identificar cualquier tipo de síntoma que se presente y afecte significativamente en la calidad de vida.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Covid 19

Introducción

A finales de diciembre de 2019 se reportaron una serie de casos de neumonía atípica, en ese momento de origen desconocido, en Wuhan, China, días más tarde se identificó al agente etiológico como un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, y a la enfermedad que produce se la denominó COVID-19, pasando de ser un brote aislado en una región de China a convertirse en una emergencia sanitaria de preocupación internacional, y posteriormente en una pandemia (Mojica-Crespo & Morales-Crespo, 2020).

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

Durante los años 2002-2003 se vivió la primera mini epidemia causada por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) siendo una nueva enfermedad humana, ocurriendo por primera vez en el sur de China en noviembre de 2002 y siendo transportado a Hong Kong el 21 de febrero de 2003 por un paciente infectado y enfermo. Dentro de las 11 semanas desde el primer caso de SARS en Hong Kong, se esparció el virus a otros 27 países o regiones administrativas especiales. La mini pandemia alcanzó su punto máximo durante la última semana de mayo de 2003 y el último caso probable nuevo fue el 13 de julio de 2003. Hubo un total de 8096 casos probables y 774 muertes. El 66 % de los casos ocurrieron en China, el 22 % en Hong Kong, el 4 % en Taiwán y el 3 % tanto en Singapur como en Canadá. El 21 % de todos los casos ocurrió en trabajadores de la salud. En marzo de 2003 se descubrió que el agente causal del nuevo coronavirus era (SARS-CoV) (Cherry, 2004).

La rápida propagación mundial de esta enfermedad se vio afectada por la falta de conocimiento inicial sobre el tratamiento de pacientes infectados y los viajes aéreos internacionales.

Epidemiología

Entre el 18 y 29 de diciembre de 2019 se notificaron los primeros 5 casos, 4 de los cuales fueron hospitalizados por síndrome respiratorio agudo y uno de ellos murió. Según la Organización Mundial de la Salud la mayoría de los pacientes dijeron que tenían una conexión directa o indirecta con el mercado de comestibles. A partir del 1 de enero de 2020, el mercado de Wuhan se cerró y no hay evidencia clara de transmisión del virus de persona a persona. El 2 de enero, un total de 41 pacientes fueron hospitalizados y solo un paciente grave falleció. El 7 de enero, las autoridades de China anunciaron el descubrimiento de un nuevo tipo de coronavirus (Novel Coronavirus, 2019-nCoV). Al mismo tiempo, se excluyeron otros patógenos potenciales, incluido el coronavirus del síndrome respiratorio agudo (SARS-CoV), el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y los adenovirus. Desde ese momento, las autoridades de todo el mundo supieron que se enfrentaban a una nueva amenaza (Figueiredo et al., 2022).

El primer informe de casos en los Estados Unidos apareció el 19 de enero de 2020 en el estado de Washington, EE. UU.; Un hombre de 35 años de edad con antecedentes de tos y fiebre se presentó en el centro médico para ser examinado. En sus antecedentes, hubo una visita familiar a la ciudad china de Wuhan. De igual forma, el 24 de enero se reportó el primer caso de COVID-19 en Europa, específicamente en Burdeos, Francia, de un paciente recién llegado a China. El 26 de febrero de este año, el Ministerio de Salud de Brasil reportó el primer caso de COVID-19 en Sudamérica; Un hombre de 61 años de Sao Paulo, que recientemente viajó a Lombardía, Italia, presenta síntomas leves y ha sido aislado. El 11 de marzo, con 118.000 casos notificados en 114 países y 4.291 muertes, la Organización Mundial de la

Salud declaró el brote de enfermedad por coronavirus SARS-CoV2 19 como pandemia (Koury & Hirschhaut, 2020).

La cuarentena es una de las herramientas más antiguas y efectivas para controlar los brotes de enfermedades infecciosas implementándose con éxito como una medida efectiva durante el brote de SARS en 2003. También es una parte importante del plan de influenza pandémica, siendo la restricción de movimiento de personas que se cree que han estado expuestas a una enfermedad infecciosa pero que aún no se han enfermado, porque aún no han contraído la enfermedad o están en el período de incubación, pudiéndose aplicar a nivel individual o grupal y, por lo general, incluye restricciones en las familias o instalaciones designadas (Pérez & Iniesta, 2020).

Durante el aislamiento, todas las personas deben ser monitoreadas por la aparición de cualquier síntoma. Si aparecen tales síntomas, deben aislarse inmediatamente en una instalación designada familiarizada con el tratamiento de enfermedades respiratorias graves. La cuarentena es más efectiva en instalaciones donde los casos se detectan rápidamente, los contactos se pueden contar y rastrear en un corto período de tiempo con la emisión inmediata de certificados de cuarentena con el cumplimiento voluntario de esa concesión (Gaviria et al., 2020).

Como señala este artículo el virus se transmite de persona a persona a través de gotitas en el aire, secreciones cuando una persona infectada tose, habla o estornuda lo cual afecta fuertemente a la salud de las personas.

1.1.2 Consecuencias del Covid 19

Ámbito social:

La pandemia por coronavirus declarada por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 ha hecho que varios países adopten medidas extraordinarias para reducir el contagio entre la población, siendo la principal, el aislamiento social, que incluyó el

confinamiento en casa impidiendo así el posible contacto con personas infectadas (Cervantes Holguín, 2020). Estas medidas tuvieron la finalidad de evitar la propagación del virus, así como también que se sobrepase las capacidades de las instituciones médicas, mismas que priorizaron la atención a las personas mayores, niños, niñas, adolescentes, personas con enfermedades crónicas y trabajadores de salud, que demostraron ser los más vulnerables, es importante mencionar que ningún sistema de salud estaba preparado para enfrentar una situación de esta magnitud (Alabi et al., 2020).

Según el informe del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (UNSDG, 2020) una problemática que toco fuerte fue la pobreza dentro de los hogares debido a la pérdida inesperada de ingresos familiares que afectó la capacidad financiera de madres, padres y cuidadores para acceder a bienes y servicios básicos, imposibilitando la satisfacción de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes NNA. Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, ingresos y programas de protección social, la senda a alimentos nutritivos, la falta de infraestructura de saneamiento y agua para lavarse las manos en el hogar, la falta de comunicación y educación creada a distancia, pudiendo de esta manera poner fuera de sí las desigualdades entre los beneficiarios de derechos.

Otra de las repercusiones que se puede nombrar dentro del ámbito social es la migración, a pesar del cierre de fronteras en todos los países de Sudamérica y las medidas drásticas por parte de los diferentes gobiernos, ciudadanos de origen venezolano emigraron a territorio ecuatoriano en medio de la crisis sanitaria, instalándose en el país y formando gran parte de la dispersión que supera los cinco millones en el mundo (Salas, 2022).

Ámbito económico:

La pandemia provocó el desplome de los mercados bursátiles de Europa y Estados Unidos, elevando los precios de las materias primas, especialmente del petróleo, colapsando y paralizando la expansión económica de China y Estados Unidos en la Unión Europea, provocando así una profunda presión sobre la disminución del crecimiento económico en

América Latina (Arévalo & López, 2020). Sin embargo, el impacto ocasionado por el virus en América Latina fue moderado, a pesar de que la mayoría de los gobiernos de la región son extremadamente débiles e incapaces de satisfacer las demandas sociales de una clase media emergente (Mazzucchelli et al., 2020).

Por su parte (Curiel & Molpeceres, 2020) refieren que, América Latina no pudo escapar de la desaceleración económica, debido a la lenta recuperación de la demanda china, la fuerte crisis en Europa y la caída de la demanda estadounidense, lo que provocó una caída en los precios de las materias primas que son los principales componentes de exportación de la región.

Por otra parte, los precios del petróleo cayeron a los niveles de los años ochenta, y este desplome afectó a la gran mayoría de los países productores de petróleo, entre ellos Venezuela, Ecuador, México, Colombia, Brasil y Argentina. Las consecuencias inmediatas son oportunas: mientras el precio del barril de crudo ha subido a \$33, el coronavirus ha golpeado a Ecuador, cuyo presupuesto proyectado era de \$51 el barril, ahora por debajo de los \$35 (CEPAL, 2020).

Ámbito laboral:

En el ámbito laboral, las instituciones públicas y privadas continuaron sus actividades asumiendo en muchos casos el teletrabajo como modalidad para el ejercicio de las tareas del personal capacitado, en muchas instituciones no fue del todo sencillo adaptarse a las nuevas condiciones que demandaba el contexto laboral (Danet, 2021), debido a que en el trabajo presencial, los colaboradores se interrelacionan y se desenvuelven dentro de una cultura organizacional, y un clima laboral que inciden en el comportamiento, por otro lado, bajo la modalidad de teletrabajo, se presenta una fusión de los comportamientos organizacionales, con los de su propia cultura y clima familiar, lo que conlleva o puede afectar la productividad, si no se tiene un adecuado equilibrio (Del Castillo & Velasco, 2020).

Por otro lado, algunos trabajadores se vieron en la necesidad de adquirir los insumos necesarios para realizar su trabajo diario, en otros casos, las empresas obtuvieron equipos para los empleados. Para facilitar esta transición, cabe señalar que este enfoque introduce un sistema de seguimiento y monitoreo en línea y basado en resultados, con horarios de trabajo más flexibles, se han realizado reuniones de negocios virtuales y actividades sindicales realizadas de acuerdo con las normas institucionales, sin embargo, todo esto interrumpió la dinámica familiar (Duran Vila, 2020)

Otra de las consecuencias que se pueden contemplar en este apartado es que muchos trabajadores del sector público y privado perdieron su empleo por despidos injustificados, así como salarios significativamente reducidos lo que impidió que puedan asumir los costos del hogar.

Ámbito familiar:

El mayor impacto de las restricciones aplicadas tanto por el aislamiento domiciliario como por la pérdida temporal del contacto con los principales ámbitos de socialización, se ha dado sobre los niñas, niños y adolescentes “NNA”, situación que se agrava cuando se trata de menores de edad en riesgo, aumento del índice de violencia intrafamiliar, no solo de padres hacia sus hijos, sino que en muchos casos se evidenció violencia filio parental, en casos de personas de la tercera edad (Díaz Leyva, 2021).

A nivel mundial, algunos informes mencionan que la violencia doméstica ha aumentado durante la epidemia de COVID-19, lo que puede deberse a la exacerbación generalizada del encarcelamiento. Provocando tensión entre los miembros de la familia e insuficiente apoyo a las víctimas de violencia doméstica. Según los miembros de la familia donde esta violencia es más pronunciada, informan que el riesgo de abuso infantil ha aumentado durante la pandemia debido a una variedad de factores estresantes de COVID-19, como: problemas de salud mental y física, estrés económico, desafíos en el hogar,

educación, conflicto conyugal, violencia personal íntima, fortalecimiento de las relaciones entre padres e hijos (Molina, 2020).

La incomunicación social originada por las acciones tomadas en los diversos países, el impacto en el trabajo, el desequilibrio económico, los altos niveles de nerviosismo, el miedo al virus y las nuevas maneras de relacionarse han aumentado los niveles de estrés en las familias más sensibles y, por tal razón, riesgo de violencia.

Por otra parte, se originó un cambio en el estado mental de los miembros del grupo familiar, ocasionando desconcierto y niveles de estrés elevados en muchas familias (Zayas-Fajardo et al., 2021).

Conclusión El efecto de tal ola de violencia junto con los golpes socioeconómicos fue el incremento de la mortalidad, la disminución de las normas de vida, la pérdida de las instituciones familiares y muchas personas en una difícil situación económica y psicológica (Sánchez Boris, 2021).

En este análisis de los efectos psicosociales de la pandemia de la COVID-19 en la familia, se destacan la ansiedad, la depresión, el estrés y la violencia intrafamiliar, efectos que se ven acrecentados por las pérdidas físicas, económicas y materiales que originó la pandemia, el temor al virus y las normas del gobierno para disminuir su transmisión.

Ámbito psicológico:

El miedo, la tristeza y la ira son estados emocionales que afectan negativamente la calidad de vida de una persona cuando son severos y frecuentes. Por tanto, el malestar emocional es en la actualidad uno de los principales factores de riesgo de enfermedades físicas y mentales; el agotamiento mental es una de las condiciones que se materializan a través de la actividad mental. En este caso, no solo hablamos de excesos en el trabajo, sino

también de dificultades para aceptar conflictos, responsabilidades, estímulos emocionales o cognitivos negativos (Piqueras et al., 2019).

Los trastornos afectivos como la depresión, la ansiedad, el estrés, el insomnio, el trastorno de estrés postraumático y el agotamiento emocional se encuentran entre las manifestaciones más frecuentes en los estudios revisados. Como predictores de respuesta psicológica negativa se han reportado los siguientes: tener entre 16-24 años, bajo nivel educativo, ser mujer, tener un solo hijo, vivir sola y tener antecedentes de enfermedad mental (Broche-Pérez et al., 2021).

Muchos desafíos nos esperarán en esta era de pandemia, algunos de ellos están interesados en la posibilidad de estudiar aspectos relacionados con la salud psicológica y su asociación con el COVID-19, o la posibilidad de profundizar en la experiencia psicoterapéutica de los cuidados de larga duración como: emociones y efectos en los pacientes tratados teniendo conocimiento de que esta pandemia crecerá con el tiempo, por lo que debemos reflexionar sobre políticas e iniciativas que puedan brindar alivio y un nuevo nivel de conciencia frente a la pandemia (Lozano-Díaz et al., 2020).

Estudiar el bienestar psicológico de los emprendedores sociales es más urgente que nunca. Se puede argumentar que el estudio en profundidad de estas capacidades psicológicas permite una mejor atención a la población en general y a los agentes de cambio, y generar lineamientos, políticas e iniciativas que soporten esta línea de acción. Debido a los múltiples aportes de diferentes currículos y escuelas, es importante contar con información útil que nos permita responder a situaciones de pandemia, como la del COVID-19, que han puesto de manifiesto las alucinaciones humanas y por lo tanto se necesitan nuevas perspectivas para comprender y brindar el mejor apoyo posible (Balluerka Lasa et al., 2020).

Hay muchos síntomas asociados con la pandemia de COVID-19; Por ejemplo, concluyó en un informe que los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del

sueño son reacciones psicológicas frecuentes durante la pandemia de COVID-19 (Sandín et al., 2020).

Como se evidencia a lo largo de este apartado, existen una serie de impactos causados por el COVID-19 y las medidas tomadas para combatir la pandemia provocada por este virus, que dejan muchos desafíos para los gobiernos a la hora de brindar mejores medidas para prevenir la propagación. Dejando un gran aprendizaje, poniendo más interés en el campo de la salud para que el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental que reduzcan las alteraciones psicológicas que está dejando el virus tras su desarrollo.

1.1.3 Covid 19 en Ecuador

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha sido declarada emergencia de salud pública de interés internacional por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional. El primer caso de COVID-19 se reportó en Ecuador el 29 de febrero de 2020. El gobierno tomó medidas inmediatas para contener el brote, pero el virus se propagó rápidamente a las provincias costeras en los últimos días del mes de marzo por falta de locales. y recursos en el sitio control (Ruiz & León, 2020).

Los resultados mostraron que Ecuador mantenía una tasa positiva de 64,97%, una tasa de mortalidad de 2,86% superior al promedio mundial, que aumentó la frecuencia del 27,37% de marzo a agosto de 2020 y en la actualidad 10 de julio de 2022 una tasa del 78,43 % de vacunados, 3,82% de personas fallecidas y un 17,75% de personas contagiadas.

Las provincias más afectadas fueron Pichincha, Guayas, Manabí, El Oro, Azuay y Loja, afectando e el virus de distinta manera en cada región, en cada familia; en las provincias costeras la mayoría de casos fueron asintomáticos, en especial en mi tierra, Zaruma, El Oro.

Además de ser uno de los países que menos pruebas hicieron. En conclusión, la pandemia no ha sido controlada de manera efectiva, por el contrario, hay provincias que han visto un rápido aumento en el número de casos y hasta la actualidad necesitan urgentemente fortalecer el sistema de salud y el control de la epidemia (Parra & Carrera, 2020).

El gobierno de Ecuador optó por el decreto de detención como una de las medidas sanitarias para combatir el impacto del virus SARS-CoV-2 o Covid-19, a partir del 19 de marzo de 2020, con la suspensión de estudios, grandes eventos y todo tipo de actividades que conlleve a la aglomeración de personas (Males-Villegas, 2022).

1.1.4. Covid 19 en personal sanitario y sus repercusiones

Ámbito laboral:

La incertidumbre, el estrés laboral y las dificultades con la atención médica durante los brotes de enfermedades como el Coronavirus (COVID-19) requieren una atención especial a las necesidades de apoyo emocional del personal médico. Cuídese y anime a los demás a cuidar de sí mismo para mantener la capacidad de cuidar al paciente.

Incluso antes de la pandemia de COVID-19, se tenía conocimiento que los trabajadores de la salud a menudo enfrentaban una variedad de tensiones psicológicas como resultado de su trabajo diario, que incluyen: alta carga de trabajo, supervisión deficiente, poco apoyo social, demandas mentales y físicas, falta de equilibrio de esfuerzos y bonificaciones, conducción negativa, violencia laboral, falta de equipos y materiales, largas jornadas de trabajo, etc. (Prieto Ursúa, 2020).

Es importante considerar además el riesgo psicosocial al que se encuentra expuesto el personal de salud, quienes diariamente experimentan escenas de muerte de sus pacientes, los mismos que no poseen un acompañamiento familiar debido a las restricciones de visita frente a la emergencia sanitaria, otro parámetro fisiológico que se ve afectado frente al

contexto actual, es la calidad del sueño, ya que los niveles de estrés elevados conllevan a una mayor activación psicológica y fisiológica, realidad que se asocia con la presencia de un sueño corto y fragmentado, lo que disminuye de manera notable la función inmunológica óptima, para prevenir infecciones (Jácome Llumipanta, 2020).

Ámbito familiar:

Cabe señalar que la incertidumbre sobre el desconocido mecanismo de infección, impacto y persistencia del virus SARS-COV2, así como la incertidumbre sobre la duración de la crisis, la disponibilidad de tratamiento, la disponibilidad de recursos, equipos y vacunas podrían agregarse como un signo de esta pandemia. Tomar decisiones éticamente sin información, e incluso situaciones que atañen al bienestar de la familia, conduce a un distanciamiento social atípico de los seres queridos. Dado lo anterior, las consecuencias en la salud mental por estos estresores psicosociales durante la pandemia de COVID-19 no se han hecho esperar (Del Castillo & Velasco, 2020).

Ámbito psicológico:

Un estudio realizado declaró que existen 1257 trabajadores de 34 hospitales en China, el 50,4% de los participantes presentaba síntomas de depresión, 44,6 % de ansiedad, 35 % de insomnio y 71,5 % de distrés. En Francia se reportaron incrementos en las adicciones e intentos de suicidio. Otro estudio encontró, que 35,6% de los trabajadores de la salud presentaban ansiedad generalizada y el 23,6% problemas de sueño (Juárez García, 2020).

Contrariamente a estos resultados, otro estudio en Singapur encontró una prevalencia más baja: 1,5% para ansiedad; 8,9% para depresión; 6,6% para sufrimiento doloroso y 7,7% para estrés postraumático. La explicación de los autores para estos niveles más bajos se debe a la experiencia previa de Singapur en el manejo de la salud mental de los trabajadores, obtenida durante el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). Sin embargo, una variable que no debe subestimarse es que los trabajadores de la salud son reacios a

expresar su vulnerabilidad a los problemas de salud mental o a recibir apoyo psicológico, lo que ha ocurrido durante otras investigaciones durante esta pandemia (Ruiz & León, 2020).

En México, varias encuestas de la organización encontraron que el 7% de los trabajadores de la salud habían sido agredidos físicamente en público, el 0% admitió estar ausente debido al estrés y el 35% había considerado renunciar en este caso. Asimismo, los resultados preliminares de un estudio de trabajadores de la salud mexicanos que trabajaron en hospitales de diferentes regiones durante la pandemia de COVID-19 mostraron que el 7% deseaba apoyo psicológico, el 27% presentaba síntomas de ansiedad, el 16.9% depresión y el 1% estrés, pero la mayor frecuencia se encontró en el efecto psicológico del burnout con un 7,6%. Esto es preocupante, ya que ha existido limitada investigación sobre el agotamiento durante esta pandemia a pesar de su papel en el contexto de los efectos sobre la salud mental y su prevención (Parra & Carrera, 2020).

1.2 Afectaciones a la salud mental

La pandemia de COVID-19 ha creado enormes desafíos para la salud, y la salud mental es uno de los grupos que más probablemente afecte a los profesionales sanitarios. El agotamiento, la ansiedad, el insomnio, el estrés y la depresión son algunos de los muchos efectos observados en los trabajadores de este grupo ocupacional.

1.2.1 Salud mental

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social de una persona, también determina cómo esta enfrenta el estrés, y toma decisiones, incluye condiciones emocionales, psicológicas y sociales, afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos en nuestras vidas, también ayuda a decidir cómo lidiar con el estrés, cómo interactuar con los demás y cómo tomar decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la adolescencia, la edad adulta y la vejez (Alberti et al., 2020).

Ansiedad: Es la incertidumbre, el miedo y la incomodidad que proviene de una visión distorsionada de la vida y los cambios adversos en las circunstancias, siendo un factor determinante en la vida de muchas personas. Desde la infancia hasta la edad adulta, la ansiedad puede conducir al estrés, que rápidamente puede traer de vuelta un manto oscuro de depresión. En todo el mundo, se estima que 284 millones de personas sufren de ansiedad (Vargas, 2020).

Entre las manifestaciones clínicas más relevantes se encuentran: nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico, aumento del ritmo cardíaco, hiperventilación, sudoración y temblores, dificultad para concentrarse, problemas para conciliar el sueño, preocupación incontrolable y necesidad de evadir situaciones que generan ansiedad. Los síntomas de ansiedad son desencadenados por enfermedades cardíacas, diabetes, problemas de tiroides, trastornos respiratorios, uso inadecuado de sustancias o abstinencia, tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “lucha o huida” (Males-Villegas, 2022).

Sin embargo, las personas con trastornos de ansiedad a menudo experimentan preocupaciones intensas, excesivas y persistentes sobre sus situaciones diarias. Los trastornos de ansiedad a menudo incluyen episodios repentinos y repetitivos de miedo o emociones intensas que alcanzan su punto máximo en minutos, estos sentimientos de ansiedad y pánico interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados al nivel real de peligro y pueden durar mucho tiempo; para prevenir estos sentimientos, se puede evitar ciertos lugares o situaciones (Martínez-Taboas, 2020).

Depresión: Es un trastorno mental distinguido principalmente por un estado de ánimo deprimido y sentimientos de tristeza, combinados con cambios en el comportamiento, la actividad y el pensamiento. Es una de las situaciones más comunes en la atención primaria y una de las principales causas de atención psiquiátrica y problemas psiquiátricos relacionados con la discapacidad. Es más común en mujeres y personas menores de 45 años (Osorio & Cárdenas Niño, 2017).

Entre las causas se puede encontrar la pérdida de un ser querido o duelo, problemas laborales, problemas económicos, rupturas sentimentales, enfermedades propias o de familiares. Entre los síntomas se encuentran: sensación persistente de tristeza, ansiedad o "vacío", desesperanza o pesimismo, irritabilidad, intranquilidad o frustración, sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia, pérdida de interés por actividades cotidianas o pasatiempos, fatiga y poca energía, falta de concentración y dificultad para tomar decisiones, trastornos del sueño, cambios en el apetito o en el peso, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, pensamientos y conductas suicidas (Navarro-Loli & Moscoso, 2017).

Alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo experimentan depresión en algún momento de sus vidas. Es una enfermedad que conlleva importantes costos de salud debido a su grave impacto en la función y la calidad de vida. La depresión no es sólo un problema médico sino también parte de un fenómeno social. En los pacientes deprimidos existen una serie de factores de riesgo que pueden desencadenar un proceso patológico, y se entiende por riesgo la probabilidad de que una persona tenga la condición durante un tiempo predeterminado. Las personas con trastornos del humor, independientemente de que pueda existir el factor humoral como precipitante, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes (Espinoza-Guerra et al., 2020). En las personas que sufren el fallecimiento repentino de un ser querido por el COVID-19, la incapacidad de despedirse puede generar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, lo que podría generar el desarrollo de un duelo patológico. Por lo tanto, el personal médico debe estar capacitado para comunicar las malas noticias de manera adecuada y evitar un impacto negativo en los familiares (Huarcaya-Victoria, 2020).

Estrés: se trata de un sentimiento de tensión física o emocional que se produce de manera automática y natural ante situaciones o pensamientos que nos resultan

amenazadores, frustrantes o desafiantes. Un nivel moderado de estrés es normal, ya que el ser humano debe ser capaz de adaptarse a múltiples situaciones (Balluerka Lasa et al., 2020).

Entre las causas se puede encontrar: cambios grandes en la vida, trabajo o escuela, dificultades en las relaciones y problemas financieros. Los principales síntomas son: problemas gastrointestinales, mala memoria, dolores de cabeza, falta de energía o concentración, problemas sexuales, rigidez muscular, cansancio, problemas para dormir, uso de alcohol o drogas para relajarse, pérdida o aumento de peso, entre otros (Parra & Carrera, 2020)

Se piensa que el estrés es el mecanismo que comienza cuando una persona se involucra en una situación que excede sus recursos, por lo tanto, están abrumados tratando de cumplir con las demandas que se les imponen para superarlos. En estos casos, los individuos experimentan sobrecarga que puede afectar su bienestar físico y psicológico. El estrés no siempre es malo existe también estrés positivo, en estos casos, el estrés actúa como un proceso general de adaptación al entorno del individuo (Campos, 2019).

Burnout: El síndrome de Burnout (SB) también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo profesional, ya que puede afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso poner en peligro la vida de las personas que lo padecen (Sandín et al., 2020).

Entre sus causas se puede encontrar: enfrentarse a jornadas de trabajo muy largas que impidan conciliar el sueño, tener que desempeñar labores profesionales sin contar con los recursos o el personal necesario, aquí se incluye la falta de seguridad laboral, sufrir presión, presenciar un mal clima laboral durante mucho tiempo, no poder controlar las decisiones laborales importantes, así como también, falta de expectativas laborales, realizar un trabajo monótono un día tras otro, sentirse aislado en la oficina o en la vida personal y ser víctima de acoso laboral (Koury & Hirschhaut, 2020). Frente a este hecho, se puede

evidenciar las siguientes consecuencias: falta de energía, agotamiento físico, mental o emocional, distanciamiento mental del puesto de trabajo y de los compañeros, disminución de la productividad laboral y de la concentración, sensación de fracaso y frustración, incapacidad para desconectarse del trabajo, dolores musculares y de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, problemas cutáneos, pérdida de peso, fatiga visual, mareos y taquicardia (Morán & Gil-Lacruz, 2016).

Diferentes autores afirman que, este síndrome requiere contacto directo con las personas, estos incluyen enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, obstetras y más. Esta condición predispone a la mala calidad de la atención al paciente y la falta de participación en la práctica médica. En resumen, el burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado a una mala gestión de las demandas psicológicas del trabajo, lo que reduce la calidad de vida del paciente y afecta negativamente la calidad de la atención sanitaria (Cervantes Holguín, 2020).

La Comisión Europea define el estrés laboral como un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente laboral. Debido a la importancia directa e indirecta del estrés en el marco laboral los estudios sobre el mismo y el desarrollo de modelos sobre sus fuentes principales han sido múltiples, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX. En cualquier caso, puede resultar importante remarcar que no existe una teoría general del estrés laboral (Ortega-Jiménez et al., 2021).

Alteraciones del sueño: El insomnio es una sensación de inquietud que provoca incapacidad para conciliar el sueño o disfunción durante el día, tiene un impacto significativo, en la salud y la calidad de vida de las personas afectadas. Por lo tanto, cuando no se duerme lo suficiente, sentirse cansado no es la única consecuencia, puede también

afectar a la salud mental y física, la forma de pensar y la vida diaria (Broche-Pérez et al., 2021).

Entre las causas de las alteraciones del sueño se puede destacar, estar deprimido o tener otros problemas emocionales, como el divorcio o la muerte de un familiar, problemas de dinero, trabajar de noche o cambios frecuentes en su horario de trabajo, viajar largas distancias con cambio de horas, tener un estilo de vida sedentario (Males-Villegas, 2022). Entre los síntomas más comunes se encuentran: dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz, despertarse muy temprano, cansancio o somnolencia diurnos, irritabilidad, depresión, ansiedad, dificultad para prestar atención y concentrarse en las tareas diarias (Juárez García, 2020).

Según la clasificación internacional de los trastornos del sueño (ICSD-3), publicada por la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) en 2014, el insomnio se define como una dificultad persistente para iniciar el sueño con insatisfacción en su duración, consolidación o calidad, que ocurre cuando las circunstancias y oportunidades para dormir están dadas, y se acompaña al día siguiente de malestar o deterioro en las funciones sociales, laborales, educativas, académicas, conductuales o en otras áreas importantes de la conducta humana. La prevalencia del insomnio varía entre el 5 y el 50% cuando se toman en consideración solo las características nocturnas (dificultad para iniciar o mantener el sueño), pero cuando se incluyen todos los factores mencionados anteriormente, que constituyen el síndrome clínico completo de insomnio crónico, la prevalencia puede bajar y ubicarse en un rango que oscila entre el 6 y el 10% de la población general (Delgado et al., 2020).

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Los profesionales de la salud que trabajaron durante la pandemia de COVID-19, se enfrentaron a largas jornadas laborales, exceso de trabajo, estrictas medidas de seguridad y falta de equipo de protección, exponiéndolos a situaciones que afectaron directamente el

estrés crónico, la salud física, el bienestar físico - psicológico, la capacidad de concentrarse y monitorear el trabajo que realizan, siendo importante considerar los riesgos psicosociales a los que están expuestos (Santamaría et al., 2021). En Ecuador, hasta el 20% de los trabajadores de la salud estaban infectados, la falta de servicio creó una gran culpa por no poder seguir apoyando lo que aumentó la ansiedad de los pacientes (Nicolini, 2020).

Ansiedad: La OMS confirma que el impacto de la pandemia en la salud mental es extremadamente preocupante y que los trabajadores de la salud en la primera línea de atención del COVID-19 fueron particularmente vulnerables debido al volumen de su trabajo pesado, riesgo de infección y decisiones de vida o muerte que debían asumir (de Juan Pérez, 2021).

En cuanto a estimaciones realizadas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) en el mundo 64 millones de personas del área de salud padecen ansiedad, siendo esta, una de las principales causas de discapacidad. Actualmente existen varios estudios dentro del ámbito psicológico relacionados con la salud mental de los trabajadores sanitarios, estudios que fueron realizados durante la pandemia, con la finalidad de observar las consecuencias de la misma. Según Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) el nivel de ansiedad en su estudio fue del 59% en la primera fase de la pandemia en trabajadores de un hospital del norte de España, siendo los resultados elevados, comprendiéndose que la situación de sanidad mundial ocurrida por la pandemia ocasionada por el virus del COVID – 19 provocó ansiedad, tanto en médicos como enfermeros que atendieron a pacientes con dicha patología (Vogel et al., 2019).

Depresión: La pandemia aumentó el nivel de depresión entre los trabajadores de la salud, siendo importante conocer que en su mayoría afectó a las mujeres, presentándose tres veces más que en los hombres, un estudio realizado al personal de salud en China con 246 participantes (médicos 34.4% y enfermeras 69.6%) donde se aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) mostró que las enfermeras presentaron mayor

nivel de depresión en comparación de los médicos (85.88%) frente a un 14.12% (Mazzucchelli et al., 2020; Sahin et al., 2020), por esta razón el Ministerio de Salud Pública, adaptó a su servicio una línea gratuita que brinde atención y prevención a personas con casos de depresión, comprobando que esta es la segunda causa de mayor cuidado luego de las atenciones por ansiedad (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Es por ello que el personal sanitario continúa trabajando a pesar de su estado de salud mental, esto permite comprender que, aunque existan situaciones conflictivas o condiciones hostiles, si las personas cuentan con una adecuada salud mental, será factible enfrentar dichos procesos sin alterar en gran medida su bienestar psicosocial.

Estrés: Los riesgos psicosociales, y especialmente el estrés, se han convertido en un importante problema de salud y seguridad. Estudios recientes se han realizado en torno a la pandemia del estrés, por su importancia como amenaza emergente y su impacto en la productividad y el deterioro de la calidad de vida de los trabajadores sanitarios, el hecho de que estos desarrollen su actividad profesional en hospitales demuestra que las personas encargadas del área de la salud son vulnerables en situaciones difíciles (Garrido-Cumbrera et al., 2020).

Incluso antes de la pandemia de COVID-19, la profesión médica se consideraba muy estresante. Diversos estudios sobre estrés en médicos residentes demostraron que este grupo de especialistas es especialmente vulnerable y presentan un alto índice de desgaste emocional. Por supuesto, no todos los médicos están igualmente expuestos, encontrando diferentes factores de riesgo relacionados con el individuo, con la propia profesión médica y con la organización de la atención. En general, los profesionales pueden desenvolverse con altos niveles de estrés si su trabajo les da un feedback positivo, lo que dependerá del nivel de recuperación y de la presencia de factores protectores (Navinés et al., 2021)

En un estudio realizado en el hospital de la ciudad de Quito en el año 2021 se pudo observar que la mayoría del personal de salud padecía de mucho estrés, según los resultados

el 87% de médicos y enfermeras se encontraban saturados debido a tantos pacientes que debían atender diariamente generando en ellos una sensación de desilusión (Doumani et al., 2020).

Burnout: Mas conocido como síndrome de desgaste emocional. Los trabajadores de la salud han estado expuestos a muchos factores estresantes psicosociales durante la pandemia de COVID-19. Como resultado, el síndrome de burnout y el agotamiento físico van en aumento entre los médicos, especialmente entre los que trabajan en primera línea, entre el personal con mayor riesgo de exposición a la radiación en la atención directa de pacientes con COVID-19. Además de los factores organizacionales tradicionales que se superponen en este sector, también emergen estresores de la pandemia de COVID-19 como el exceso de trabajo, la precariedad laboral o la falta de financiamiento para el desarrollo laboral en el contexto actual (Rosario, 2019).

El síndrome de Burnout es un trastorno muy común en el ámbito hospitalario, y en la actualidad se reconoce y diagnostica cada vez más. Este trastorno ha cobrado tanta importancia que la OMS lo ha clasificado como un riesgo laboral. Esta situación afecta casi siempre a los profesionales que requieren un contacto directo con las personas y tienen una filosofía humanista en su trabajo; pero lamentablemente no solo se aplica a los trabajadores que lo padecen, también afecta a los usuarios que son atendidos por enfermos, pacientes afectados y médicos (Juárez García, 2020).

Existe abundante evidencia científica acerca de esto, por ejemplo, el autor, (Portoghese et al., 2018) quien descubrió que las enfermeras experimentan niveles más elevados de burnout proporcionando un nivel más bajo de cuidado a sus pacientes. Aunque hay alguna evidencia de factores de riesgo individuales para el burnout, existe mucha más evidencia de investigación para la importancia de las variables situacionales. Más de dos décadas de investigación sobre el burnout han identificado una serie de factores de riesgo organizacional en muchas ocupaciones en diversos países. La conclusión de todos estos

estudios es que el burnout se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características de cada empleado.

La satisfacción laboral guarda también relación con variables de tipo sociodemográfico como: la edad, el género y los años de experiencia profesional, etc (Naranjo et al., 2021). En relación al burnout hay que vincularlo directamente con aquellas situaciones de estrés prolongado, por lo tanto, ocasiona insatisfacción laboral esto indudablemente afecta al rendimiento del trabajador, demostrando falta de interés, desmotivación y provocando ansiedad (Rosales y Losada, 2021).

En un Hospital privado de la ciudad de Quito, en el cual se encontró que la mayor parte de los trabajadores presentaban niveles elevados de burnout, lo que indica que no pueden afrontar las situaciones adversas en su vida, siendo para ellos un tema complicado, siendo sus porcentajes elevados con 76%, 68% y 81% en cada dimensión, esto se debe a que la mayor parte de la muestra estaba constituida por mujeres (74%), resultados similares fueron obtenidos por (Pesántez Cobos & Bowen Chilán, 2020), quienes mencionan que las enfermeras presentaron niveles medios de síndrome de burnout. Sin embargo, en el caso de (Vásquez Ortiz, 2022) en su estudio realizado en el distrito de salud de Cuenca observó que para el año en el que estamos, no se han reportado casos de síndrome de burnout ni afectaciones en la salud mental.

Alteraciones del sueño: La mayoría de los trabajadores de la salud que han perdido el sueño durante la pandemia del COVID-19, han realizado diversos esfuerzos para combatir la enfermedad, trabajando dos turnos sin descanso, identificándose entre ellos conductas discriminatorias y agresivas, incluyendo denegación de servicio, amenazas, daños físicos y materiales principalmente. El insomnio está asociado con el miedo a la infección, las medidas de contención y un gran número de personas que se enferman y mueren. Además, se asocia con falta de control sobre las personas infectadas, pérdida de empleo, pérdida de

ingresos e incertidumbre sobre el futuro, afectando en mayor medida a los trabajadores de la salud (Naranjo et al., 2021).

La alteración del sueño se define como la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad, que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas condiciones y oportunidad para el mismo, El personal de salud corre un mayor riesgo de padecer problemas de sueño y un estado de ánimo deprimido. La convergencia de los cambios biológicos y ambientales asociados con la adolescencia y la edad adulta emergente predisponen a los médicos, enfermeros, etc a presentar alteraciones del sueño y de la salud mental (Arias Molina et al., 2021).

Huang y Zhao, plantearon que a nivel mundial 1 de 4 trabajadores del personal de salud de primera línea, presentaron problemas para dormir, siendo uno de los grupos más afectados por la pandemia, este hecho puede ser justificado debido al tiempo y a la intensidad del trabajo, que por lo general conlleva una pandemia severa como lo fue la del SARS-CoV-2. Los efectos en la alteración de la calidad del sueño están relacionados de manera significativa con el aumento en la sintomatología tanto depresiva como ansiosa, así como también en la persistencia del estrés, mismo que llega a volverse crónico, dicha situación crea un círculo vicioso entre el insomnio y los estados emocionales negativos (Huang & Zhao, 2020)

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Molina, 2020). Por ello, además del concepto integral de las diversas áreas que componen la salud, no solo propone un ataque directo a la enfermedad, sino que promueve constantemente la mejora de la salud perfeccionando el modelo biomédico, tradicional y coherente con el modelo socio fisiológico (Navinés et al., 2021).

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica (IP) es el concepto central de la terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy [ACT]), y se define como «un patrón rígido de comportamiento en el que la persona dirige sus acciones basándose de sus experiencias privadas momentáneas en lugar de los valores elegidos libremente». En otras palabras, se trata del proceso de modificación de la conducta que consiste en evitar o escapar de experiencias privadas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones, etc.) que se experimentan como aversivas, incluso cuando hacerlo conlleva comportarse de manera disconforme con los propios valores y metas de uno mismo. En contraposición, la flexibilidad psicológica se refiere a la capacidad de una persona para centrarse en el momento presente y según la situación le permite, cambiar o persistir con el comportamiento en la búsqueda de metas y valores (Lozano-Díaz et al., 2020).

La inflexibilidad psicológica incluye seis procesos: interés activo en el presente, aceptación, difusión, contexto subjetivo, valores y compromiso con la acción, la ausencia de cualquiera de estos procesos provoca inercia psicológica, lo que significa sufrimiento humano. Por otro lado, para decirlo de manera más simple, la inflexibilidad psicológica también se incorpora a través de tres componentes: apertura, conciencia y compromiso (Espinoza-Guerra et al., 2020).

A su vez (Macías Morón, 2019) demuestra que el manejo de hipotéticas situaciones adversas precede al desarrollo personal y oportunidades de aprendizaje, donde se evidencian comportamientos prosociales y altruistas, solidarios y positivos generados a través de habilidades interpersonales como la sensibilidad, la empatía y la compasión que se demuestran a través de redes de cooperación y apoyo mutuo. En el caso de los profesionales de la salud, la prevalencia de estos rasgos conduce a un mayor estrés psicológico y puede afectar su productividad laboral, por lo que es esencial que se desarrollen herramientas y participen en intervenciones preventivas para aumentar la inflexibilidad psicológica ante el

estrés y el cansancio emocional en situaciones donde la despersonalización se convierte en un mecanismo experiencial de evitación.

1.3.2 Soledad y Apoyo social

La soledad es un estado de aislamiento en el que un individuo está solo, sin personas ni mascotas. Puede resultar de varias causas, como elección personal, aislamiento de un área particular de la sociedad, duelo, enfermedad infecciosa, trastorno mental, ocupación o condición. También puede entenderse como secreto privado o falta voluntaria de derechos laborales (Alberti et al., 2020). La soledad está considerada casi como una "epidemia" de nuestro siglo y afecta a nuestra esfera privada y pública, impactando en la salud, pero también en la creatividad y la productividad (Mazzucchelli et al., 2020).

En los últimos años, la soledad ha ganado visibilidad como una de las amenazas para la salud mental de los individuos hasta el punto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) ha alertado sobre sus efectos, que no sólo atañen a la esfera privada de las personas, sino que obviamente se dejan sentir en la pública. Incluso, muchas veces es en la esfera pública donde germina este problema.

Otras literaturas científicas resaltan que las personas que realizan su trabajo en soledad se enfrentan a tres tipos de riesgos: Riesgos de seguridad, riesgos psicosociales y situaciones de violencia. Finalmente, la literatura actual intenta responder el por qué está creciendo tanto el sentimiento de soledad en el trabajo, por su parte la OPS (2020), hace hincapié en que desde hace mucho tiempo, la capacidad de construir relaciones de confianza y de cooperar han sido la clave para nuestro desarrollo, a lo largo de miles de años de evolución, el valor de la conexión social se ha convertido en parte de nuestro sistema nervioso, de tal modo que la ausencia de esta fuerza protectora crea un estado de estrés que se refleja en el cuerpo y afecta la salud mental.

Hoy en día, por primera vez hay más población que vive sola. Aumenta la movilidad por trabajo y, por tanto, es más probable vivir lejos de la familia y los amigos. Por otro lado, los modelos de trabajo se están flexibilizando, los negocios se están digitalizando y, además, se reducen las interacciones personales y cambia esencialmente el modo en que las personas se relacionan entre sí. En muchos entornos laborales se abren espacios de descanso y de encuentro, donde la gente puede relacionarse informalmente. También hay una amplia oferta de espacios de yoga, mindfulness, consejos saludables y herramientas antiestrés. Pero aún son pocas las que se ocupan de cómo son las conexiones internas, no hablamos de cómo es la comunicación, sino la conexión humana. Algunos llaman a estas pocas «organizaciones humanas».

En cambio, el apoyo social puede requerirse tras un día difícil en el trabajo, un año lleno de pérdidas o enfermedades crónicas, tener una red de apoyo fuerte puede ser clave para sobrellevar el estrés en tiempos difíciles. La falta de un soporte puede conducir al aislamiento y la soledad. Dado que el apoyo de familiares, amigos y compañeros de trabajo es una parte tan esencial de la vida, cuanto antes se empiece a cultivar estas importantes conexiones, mejorará el apoyo social (Koury & Hirschhaut, 2020).

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

La Clasificación de las estrategias de afrontamiento para Connor Smith y Flachsbrt están en dos categorías: primero de compromiso o adaptativo, con acciones y emociones que permitan mejorar y afrontar emociones y situaciones adversas que generen desequilibrio en el individuo; mientras que la segunda, de falta de compromiso o desadaptativas, lo que hacen es desvincular y distanciar al individuo de las situaciones de estrés, creando una huida de la situación de peligro (Peñañiel-León et al., 2021).

En este sentido monitorear las respuestas psicológicas a las restricciones circulatorias, así como los períodos prolongados de aislamiento social durante la pandemia de COVID-19, debe ser una prioridad para los sistemas de salud. Para atenuar

el efecto negativo del aislamiento social y los periodos de cuarentena se han propuesto, internacionalmente, tres líneas de trabajo fundamentales. En primer lugar, ante la certeza de implementar medidas de distanciamiento social, se debe trabajar en el diseño e implementación de intervenciones que reduzcan los efectos negativos que provocan en la salud mental. En segundo lugar, priorizar la investigación y las intervenciones en grupos vulnerables, dirigidas principalmente a niños, adolescentes, adultos mayores y profesionales de la salud. Finalmente, fortalecer el sistema de salud para enfrentar los desafíos que afrontarán los servicios de salud mental (Parra & Carrera, 2020).

Retos y desafíos del Covid-19 en profesionales de la Salud

El trabajo de los profesionales de la salud es más que solo cuidar a los pacientes con COVID-19. Su misión también incluye la preocupación por la salud de las personas a través de actividades de educación, prevención y promoción; además, realizan tareas como identificar casos, encontrar sus contactos, realizar y analizar pruebas diagnósticas, entre otras actividades ajenas a su trabajo diario, tanto en clínicas y hospitales como en la comunidad (Mojica-Crespo & Morales-Crespo, 2020).

En la atención a la pandemia por COVID-19, el personal de salud enfrentó muchos retos, de entre los cuales, identificaron tres como prioritarios: 1.- pandemónium, derivado de la celeridad del avance de la pandemia y del caos inicial para responder a la emergencia; 2.- la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y 3.- la paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2021).

1.- Pandemónium (Del Diccionario de la Lengua Española: Lugar en que hay mucho ruido y confusión)

Desde el principio, los trabajadores de la salud de los países de América Latina y el Caribe (ALC) han sido la primera línea de apoyo, sometidos a duras condiciones para realizar su trabajo, alto riesgo de lesiones, largas jornadas laborales, en muchos

casos sin el equipo adecuado y ante la angustia, el agotamiento, el exceso de trabajo, la incertidumbre, los dilemas éticos y el estigma, que se manifiesta en la violencia física y psicológica a las que son sometidas las personas (Koury & Hirschhaut, 2020).

2.- Precariedad

La región enfrenta una escasez de trabajadores de la salud, una pandemia, y esta necesidad se exagera. El rápido crecimiento en el número de pacientes ha llevado a que se tomen medidas urgentes para equilibrar la disponibilidad del servicio. La escasez de trabajadores de la salud es muy evidente, no solo en términos de cantidad sino también de habilidades (Caballero-Domínguez & Campo-Arias, 2020).

3.- Paranoia

El miedo a lo desconocido ha creado comportamientos agresivos y discriminatorios entre los profesionales de la salud. La sociedad requiere información clara, precisa y comprensible sobre la importancia y el valor de los trabajadores de la salud frente a la pandemia. Se han documentado agresiones físicas y verbales y discriminación en varios países, donde las personas han reaccionado de manera atípica hacia los trabajadores de la salud. En algunos países, se subvencionan en especie, como equipo médico, alimentación y alojamiento (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Los dilemas éticos

Debido a la fragilidad de la infraestructura, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto importantes dilemas éticos. El desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios médicos se ha visto exacerbado por el aumento masivo del número de pacientes en estado crítico. El dilema ético del médico se hace evidente

cuando decide qué pacientes examinar, tratar o priorizar en un contexto de escasez; Por ejemplo, si no hay camas ni ventiladores para la cantidad de pacientes, es necesario determinar quién brindará la atención. Las circunstancias extremas de la pandemia ponen a los médicos en situaciones fuera de su control y el proceso de toma de decisiones requiere una base ética sólida. De hecho, esta situación es también consecuencia de las cuestiones éticas que existen en el campo de la salud pública, cuyo principal objetivo es atender el interés colectivo. El sistema de salud determina la mejor asignación de recursos, estrategias de prevención y tratamiento, y alternativas para mitigar la pandemia, no solo para atender a la población sino también para atender las necesidades de la población y el pedido del personal médico (Figueiredo et al., 2022).

Capítulo dos

Marco metodológico

2.1. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra de los 40 participantes del personal sanitario del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra de los 40 participantes del personal sanitario del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga durante el año 2022
- Identificar la salud mental de la muestra de los 40 participantes a través del estrés, ansiedad y depresión observados en el personal sanitario del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá - Quilanga durante el año 2022.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá - Quilanga durante el año 2022.
- Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá - Quilanga durante el año 2022.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra de los 40 trabajadores sanitarios del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá - Quilanga durante el año 2022?
- ¿Cuál es el nivel de burnout a través de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal de los participantes de la investigación?

- ¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación a estrés, ansiedad y depresión?
- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante?
- ¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

2.3 Diseño de Investigación

La presente investigación está enmarcada en el paradigma cuantitativo, el cual según (Sampieri et al., 2014) es el más comúnmente utilizado, para recopilar datos y probar hipótesis, con base en mediciones numéricas y análisis estadísticos, para crear patrones de comportamiento y probar teorías.

Lo anterior es directamente relevante para este estudio, ya que fue preparado directamente mediante el examen de datos científicos y respuestas a cuestionarios en una muestra representativa de 40 profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas. Se aplicaron entrevistas, cuestionarios y escalas de calificación utilizando herramientas ampliamente probadas y confiables. Todo el proceso utiliza métodos estadísticos para analizar datos y producir resultados.

Asimismo, el presente estudio es de tipo exploratorio, por tratarse de una investigación preliminar e inédita en los distintos establecimientos de salud seleccionados. También se considera no experimental, descriptivo con un diseño seccional.

El presente trabajo mantiene un alcance diverso en cuanto a la recolección de datos, delimitando los siguientes puntos.

No experimental: “Denominación para los estudios en los cuales no se aplica el método experimental. Fundamentalmente es de carácter descriptivo y emplea la metodología de observación descriptiva” (Lara, 2021). En este contexto, no se manipularon variables en

este estudio, ya que solo se observaron factores psicosociales y ciertos resultados en las situaciones de investigación seleccionadas.

Transeccional o Transversal: las variables se miden una sola vez en un período de tiempo determinado y en base a esta información se realiza el análisis. Además, permite conocer las características de uno o varios grupos de unidades en un momento dado (Álvarez-Risco, 2020). Se consideró esta subescala de estudio porque se aplicaron tests psicológico a los trabajadores del Distrito de Salud durante el mes de Julio de 2022

Exploratoria: Tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos se pueden utilizar en este tipo de investigación. Se emplea en situaciones inéditas y se preocupa por explorar y comprender sus mecanismos (Ramos et al., 2020). En este caso el tema de trabajo identifica factores que actualmente han tomado mayor relevancia en el tema de la salud tratándose de una exploración inicial e inédita en las diferentes instituciones de salud seleccionadas.

Descriptiva: Intenta comprender la realidad aplicando un lenguaje formal para levantar información (Vogel et al., 2019). Para lo cual, se ha aplicado una encuesta al personal sanitario, que permita explicar de manera objetiva los datos obtenidos.

Cuantitativa: En el enfoque cuantitativo, el diseño de investigación significa desarrollar un plan estratégico que incluya los procedimientos y actividades que conlleven a dar respuesta a las cinco preguntas de investigación planteadas, considerando que mientras más cuidadoso y específico sea, se tiene mayores posibilidades de generar el conocimiento deseado (Hernández Carrera, 2014).

2.4 Población y Muestra

(Lara, 2021) refiere que la población se define como la suma del fenómeno ensayado en el que se estudian unidades de población con características comunes y da lugar a datos de investigación.

(Hernández Carrera, 2014) afirman que la muestra es un subconjunto del universo o población del cual se recopilan datos y debe ser representativa, por lo que es probable que la muestra para esta encuesta sea aleatoria e inaccesible, y por estas razones, los individuos se seleccionan al azar, es decir, según el entorno ideal para realizar la investigación y buscar datos según el objetivo de estudio o lo que prefiere el investigador.

Por ende, la población de este estudio son los trabajadores de salud de Ecuador; invitándose para ser partícipes de esta investigación a 40 trabajadores sanitarios del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga pudiendo ser estos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos y psiquiatras, que hayan trabajado durante el último año en entidades públicas o privadas del país.

2.4.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **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 cualificado (tener un título de tercer nivel o superior).

- **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.

3.3 Instrumentos de recogida de información

Según (Hernández Carrera, 2014) un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. Para este estudio se utilizarán una serie de instrumentos que ya han sido validados internacionalmente y que a continuación se describen:

- Cuestionario Ad Hoc sociodemográfico

Se trata de un cuestionario independiente y personalizado, contiene preguntas de opción múltiple y cerradas/dicotómicas, se utiliza la técnica de entrevista estructurada, semiestructurada la cual se enfoca en obtener información sociodemográfica de los profesionales, en la cual se pueden identificar: el género, edad, número de hijos, ciudad de trabajo, nacionalidad, estado civil, zona en la que trabaja, remuneración salarial.

Así mismo consta de datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de trabajo, tipo de institución, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turnos, si la institución provee de los recursos necesarios para su trabajo y un apartado de preguntas referentes a temas de discriminación.

- Inventario del Estrés laboral crónico (MBI-HSS)

(Maslach, 1986) este instrumento está diseñado para valorar el síndrome "Burnout" en sus tres aspectos fundamentales: agotamiento, despersonalización y realización personal. Está compuesto por 22 ítems. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede diariamente. Valorándose en 3 dimensiones: 1) Agotamiento emocional, puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo; 2) Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo; 3) Realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo.

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

(Antúñez & Vinet, 2012), por sus siglas en inglés (Depression, Anxiety and Stress Scale) DASS quedó constituido por tres subescalas que son las siguientes: la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico como la tristeza; la ansiedad, descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo y el estrés descrito como cierta

tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond & Lovibond, 1995).

Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con un rango de respuesta del 0 al 3 (nada aplicable en mí, aplicable a mí en algún grado, aplicable en mí en alto grado, muy aplicable en mí). En base a la confiabilidad las subescalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 85 y 83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de 73. En conjunto, los ítems que componen el DASS - 21 presentaron un alfa de 91 (Álvarez-Risco, 2020).

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

Este cuestionario permite valorar la inflexibilidad psicológica de una persona. La inflexibilidad psicológica se refiere al control de rigidez 41 MAD-UTPL emocional o eventos internos desagradables. Los ítems evalúan la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados; y, la incapacidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con acciones dirigidas por valores cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados (Ramos et al., 2020). El AAQ-II se compone de siete preguntas que los participantes deben responder en una escala tipo Likert de siete puntos, en la que 1 es igual a “nunca es verdad” y 7 a “siempre es verdad”, el resto de valores fluctúa entre ambos significados. Las puntuaciones van de 7 a 49, en las que las puntuaciones más altas indican una mayor inflexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach de este instrumento oscila entre 0.93 a 0.95 (Ortega-Jiménez et al., 2021).

Escala de Soledad de (UCLA-3)

La soledad es un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente y el apoyo real que ésta le ofrece (Vega & Bernal, 2014). El objetivo de este instrumento de medida es evaluar la soledad o el aislamiento social percibidos a través de los factores de “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”. Los ítems se

contestan en una escala tipo Likert con un rango de respuesta del 1 al 4 (nunca, rara vez. A veces y siempre). El coeficiente alfa obtenido en la validación al español fue igual a 0.944 (Vázquez Morejón & Jiménez García-Bóveda, 1994).

- Índice de calidad de sueño (PSQI)

Instrumento ha sido creado para medir la calidad del sueño en el individuo, está compuesto por 19 ítems, que se agrupan en 7 dimensiones: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Se contesta con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4. Para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21. Esta escala ha presentado una consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.72 en el estudio de validación de los autores (Moreno & Ariza, 2018).

2.5 Procedimient

El presente estudio siguió los procedimientos establecidos para una investigación, con lógica, pertinencia y relevancia en cada uno de los pasos; así pues, se pueden dividir en tres fases, cada una con actividades específicas:

- Fase conceptual: se inició con un debate acerca de lo que ya se conoce del problema, (factores psicosociales), aspectos que son necesarios saber y resultados que se esperan encontrar al final del estudio. Además, en esta fase se construyó el marco teórico para proponer relaciones entre los fenómenos. Esta fase contempló las siguientes actividades:
 - Formulación y delimitación del problema.
 - Formulación de los objetivos de la investigación, justificación y viabilidad.
 - Revisión de la literatura relacionada para el desarrollo del Marco Teórico.
 - Formulación de las hipótesis o preguntas de investigación.
 - Descripción del contexto.

- Fase metodológica: se diseñó y realizó un plan general que implicó decidir qué método se iba a emplear para resolver el problema y comprobar las hipótesis. Las actividades realizadas en esta fase fueron:
 - Selección del diseño de investigación.
 - Identificación de la muestra de trabajadores de instituciones públicas y privadas del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022.
 - Diseño de un plan de muestreo.
 - Término y revisión del plan de investigación
 - Realización del estudio piloto y las revisiones
- Fase empírica: se aplicaron los instrumentos seleccionados en la metodología. Contempló los siguientes pasos:
 - Presentación de un oficio a la Directora Distrital Dr. Paola Alexandra Sarango Cueva, con el fin de evaluar a 40 trabajadores del personal sanitario del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022.
 - Respuesta positiva mediante un oficio por parte de la directora permitiendo asistir a los diferentes Centros de salud para proceder con la aplicación de las encuestas.
 - Se da un primer acercamiento con los profesionales de la salud con la finalidad de informarles acerca de la investigación y los instrumentos que se utilizarán, firma del consentimiento informado y establecimiento de fecha para la aplicación de las encuestas.
 - Recolección de datos con la aplicación de los instrumentos a los 40 sujetos de estudio, Los instrumentos fueron realizados personalmente mediante la aplicación de una encuesta, pertenecientes a las instituciones públicas del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga.
 - Preparación de los datos para el análisis y su posterior análisis.
 - Interpretación de resultados y comunicación de resultados y hallazgos.

Capítulo tres

Análisis de resultados y discusión

3.1 Análisis de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales se presentan en tablas de frecuencia y porcentajes, tomando como partida los objetivos planteados.

Tabla 1
Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	17	42,5%		
	Femenino	23	57,5%		
Estado civil	Soltero/a	27	67,5%		
	Casado/unión libre	12	30,0%		
	Viudo/a	1	2,5%		
	Divorciado/a	0	0,0%		
Trabajo por turnos	SI	16	40,0%		
	No	24	60,0%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	35	87,5%		
	Tiempo parcial	5	12,5%		
Tipo de institución	Pública	39	97,5%		
	Privada	1	2,5%		
		M	Máx.	Min.	DT
	Edad	35,25	60	23	10,85
	Horas de trabajo por día	8,25	12	8	0,90
	Experiencia laboral	7,75	30	1	7,53

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

En la Tabla 1, se presenta un análisis de los resultados referente a la dimensión de las características sociodemográficas, se puede observar la muestra respecto a los indicadores de: género, estado civil, trabajo por turnos, tipo de trabajo, tipo de institución, edad, horas de trabajo por día y experiencia laboral.

Se evidencia que en la mayoría de la población encuestada un 57,5% pertenece al género femenino y el 42,5% al género masculino. En el siguiente indicador, referente al estado civil el 67,5% pertenecen a la categoría de solteros, mientras que el 30% son casados y el 2,5% viudos.

Por otra parte, en lo relacionado al trabajo por turnos el 60% no trabajan bajo esta modalidad. En el siguiente intervalo correspondiente al tipo de trabajo se observó porcentajes

de 87,5% y 12.5%, quienes mantienen un trabajo de tiempo completo y de tiempo parcial respectivamente.

El tipo de institución (pública o privada) es otro indicador reportado en la Tabla 1, en la muestra analizada la mayor frecuencia y porcentaje se ubicó en la categoría institución pública con un 97,5% y solo 2,5% laboran en instituciones de tipo privadas.

En el siguiente indicador, en lo referente a la edad, las personas investigadas resultaron tener una edad media de 35 años, con una desviación estándar de 10.85 puntos, destacando que la edad máxima fue de 60 años y la mínima de 23 años, asimismo se reportó una media de 8.25 horas de trabajo por día y una experiencia laboral de 7,75 años.

En base a los resultados podemos encontrar que la mayor parte de la muestra encuestada son del género femenino, solteros/as, con un trabajo por turnos de tiempo completo en una institución pública cumpliendo con su trabajo 8 horas diarias, con una edad media de 35 años y con una experiencia laboral de 7 años y medio.

Tabla 2
Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	25	62,5%
	Medio	8	20,0%
	Alto	7	17,5%
Despersonalización	Bajo	19	47,5%
	Medio	15	37,5%
	Alto	6	15,0%
Realización personal	Alto	10	25,0%
	Medio	8	20,0%
	Bajo	22	55,0%

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la tabla 2 se describen las dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Para la dimensión de **agotamiento emocional** se obtuvo 62,5% en el nivel bajo, 20% en el nivel medio y un 17,5% en el nivel alto; en lo que respecto a la dimensión de **despersonalización** se encontraron valores de 47,5%, 37,5% y 15% en los niveles bajo,

medio y alto respectivamente; por último, en la dimensión de **realización personal** un 55% es bajo, un 20% medio y un 25% alto.

En base a los valores encontrados se puede deducir que no existe estrés laboral crónico en la muestra de estudio, ya que los valores en las tres dimensiones son bajos, sin embargo, se debe considerar aquellas personas que obtuvieron porcentajes elevados en la categoría media y alta de estas dimensiones quienes estarían propensos a desarrollar síndrome de burnout.

Tabla 3
Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	35	87,5%
	Moderado	3	7,5%
	Severo	2	5,0%
Ansiedad	Leve	23	57,5%
	Moderado	8	20,0%
	Severo	9	22,5%
Depresión	Leve	31	77,5%
	Moderado	5	12,5%
	Severo	4	10,0%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

En la Tabla 3 se muestran los resultados de las variables sobre la salud mental: estrés, ansiedad y depresión mostrándose en los resultados analizados respecto a los tres indicadores que la muestra es leve con un 87,5%, 57,5% y 77,5% respectivamente.

No se evidencia una alteración en la salud mental de los trabajadores sanitarios encuestados, sin embargo, se debe tener en cuenta a las personas que lograron porcentajes elevados en las muestras moderado de 7,5%, 20% y 12,5% respectivamente y severo con porcentajes de 5%, 22,5% y 10% quienes podrían estar expuestos a desarrollar una alteración en su salud mental.

Tabla 4
Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	16,17	43,00	7,00	10,00
Percepción de soledad	6,18	10,00	3,00	2,32

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

Los encuestados reportan tener una puntuación media de 16,17 (7/49 puntos), lo que indica que tienden a ser más flexibles psicológicamente, es decir, pueden enfrentar situaciones adversas de la vida.

En la reflexión respecto a los resultados de percepción de soledad, se evidencia una puntuación media de 6,18/7.5, presentan mayor percepción de apoyo social, es decir, cuentan con el apoyo de sus seres queridos, amigos o conocidos, lo que indica que tienden a tener mayor percepción de apoyo social.

Tabla 5
Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0,0%
	Baja dificultad para dormir	37	80,4%
	Media dificultad para dormir	8	17,4%
	Alta dificultad para dormir	1	2,2%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

En la tabla 5 se reflejan los resultados del cuestionario de calidad de sueño en la que los profesionales encuestados refieren que el 80,4% tienen baja dificultad para dormir, el 17,4% tienen media dificultad para dormir y el 2,2% restante tiene alta dificultad para dormir. En base a los valores encontrados se puede deducir que no existe una dificultad en los profesionales para dormir, ya que la mayoría tienen baja dificultad para conciliar el sueño.

En un estudio realizado en un hospital en Perú, se encontró una prevalencia de problemas altos de sueño del 89,71% lo que indica que una mala calidad de sueño puede provocar un inadecuado manejo de las emociones frente a situaciones de la vida diaria,

3.2 Discusión:

En este apartado se discuten los datos más significativos encontrados en el presente estudio, relacionando los mismos con otros datos de diferentes literaturas y autores actualizados en el estudio de las distintas variables abordadas en esta investigación, tomando

en cuenta las interrogantes y los objetivos planteados para determinar los principales factores de riesgo psicosociales en los trabajadores del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022.

En base al objetivo específico número uno “Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra de 40 participantes del personal sanitario del Distrito de Salud 11D06 Calvas – Gonzanamá – Quilanga, durante el año 2022”, es importante destacar que existen diferentes investigaciones (Ramírez-Ortiz et al., 2020) y (Franco Miranda, 2021) las cuales muestran las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores del área de la salud del Ecuador, en cuyos resultados pudo evidenciarse similitud. El primer indicador sociodemográfico es el género, para este estudio los resultados evidenciaron un predominio de mujeres con un 57.5%, estudio que coincide con (Franco Miranda, 2021) quien menciona en su estudio realizado que en el hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca el 50,4% resultaron ser mujeres y solo el 49,6% hombres información que contrasta con los autores (Ramírez-Ortiz et al., 2020) quienes señalan que la mayor parte de la muestra pertenece al género masculino con un 55%, respecto a un menor porcentaje descrito por mujeres (45%), expresando que la gran demanda laboral en el Ecuador está cubierta por hombres.

Siguiendo con las variables para la dimensión sociodemográfica, en el estado civil de esta investigación se encontró que el 67,5% de la muestra son solteros, el 30% están casados/unión libre, y el 2,5% restante son viudos; considerando estos datos se contrasta lo reflejado en el reporte realizado por el Ministerio de Gobierno del Ecuador (2020), el cual explica que los empleados que laboran en el país, en su mayoría son casados (53%).

Por otra parte, las características laborales de los encuestados en este estudio se pueden analizar desde el trabajo por turnos, tipo de trabajo hasta las horas de trabajo al día, mostrando como resultado que la mayoría del personal no trabaja por turnos (60%); la mayor parte trabajan en tiempo completo (87,5%), teniendo un promedio de 8 horas de trabajo por

día, lo que concuerda con lo mencionado por el Código del Trabajo (del Trabajo, 2019) donde las horas diarias laborales deben ser de 8.

Otro objetivo específico de esta investigación fue determinar los niveles de burnout en los trabajadores sanitarios. Es importante mencionar que, el análisis del síndrome de burnout, ha sido una tarea constante para muchos investigadores en los últimos años, pues desde que se describió dicho síndrome, son varias las publicaciones en distintas ramas laborales en donde se aprecia este fenómeno del comportamiento, por otra parte, es importante destacar que en los trabajadores de la salud el impacto del burnout se describe con mayor énfasis debido a las características que poseen estas profesiones, siendo más propensos al agotamiento y al cansancio del rol (Torres et al., 2021).

En base a lo mencionado, es preciso analizar las tres dimensiones que componen este síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, en este estudio los resultados obtenidos fueron elevados en el nivel bajo, con porcentajes de: 62.5%, 47.5% y 55% respectivamente, estas proporciones, permiten describir un bajo nivel de burnout en la muestra de estudio, es decir, los empleados enfrentan las situaciones problemáticas o dificultades laborales de manera satisfactoria (Díaz Leyva, 2021) información que contrasta con el estudio realizado por (Jácome Llumipanta, 2020) en el Hospital privado de la ciudad de Quito, en el cual se encontró que la mayor parte de los trabajadores presentaban niveles elevados de burnout, lo que indica que no pueden afrontar las situaciones adversas en su vida, siendo para ellos un tema complicado, según el autor los porcentajes elevados fueron de: 76%, 68% y 81% en cada dimensión, esto se debe a que la mayor parte de la muestra estaba constituida por mujeres (74%), resultados similares fueron obtenidos por (Pesántez Cobos & Bowen Chilán, 2020), quienes mencionan que las enfermeras presentaron niveles medios de síndrome de burnout. Sin embargo, en el caso de (Vásquez Ortiz, 2022) en su estudio realizado en el distrito de salud de Cuenca observó que para el año en el que estamos, no se han reportado casos de síndrome de burnout ni afectaciones en la salud mental.

La salud mental, fue otra dimensión estudiada dentro de esta investigación, pudiendo describir la misma a través de trastornos como: la depresión, la ansiedad y el estrés. Los encuestados reportaron porcentajes altos en la opción “leve” en relación a todos los indicadores analizados, presentando cantidades de: 87.5%, 57.5% y 77.5% respectivamente, lo que indicaría que la muestra presenta una adecuada salud mental, realizando una comparación con el estudio de (Diaz & Diaz, 2020), ejecutado en un grupo de trabajadores de la salud en una provincia de España, encontrándose niveles de depresión de 85%, estrés 76% y ansiedad 58%, datos que coinciden con esta investigación.

Por otra parte, en cuanto a estimaciones realizadas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) en el mundo 64 millones de personas del área de salud padecen depresión, siendo esta, una de las principales causas de discapacidad. Actualmente existen varios estudios dentro del ámbito psicológico relacionados con la salud mental de los trabajadores sanitarios, estudios que fueron realizados durante la pandemia y luego de esta, con la finalidad de observar las consecuencias de la misma. Según Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) los niveles de depresión (83%), ansiedad (59%) y estrés (75%) en la primera fase de la pandemia en trabajadores de un hospital del norte de España, fueron elevados, comprendiéndose que la situación de sanidad mundial ocurrida por la pandemia ocasionada por el virus del COVID – 19 provocó condiciones de estrés, depresión y ansiedad, tanto en médicos como enfermeros que atendieron a pacientes con dicha patología.

Es importante conocer que no solo la población sanitaria sufrió de este tipo de sintomatología, en Ecuador, la depresión afectó en mayor medida a las mujeres, presentándose tres veces más que en los hombres, según las atenciones ambulatorias registradas en el 2019, razón por la que el Ministerio de Salud Pública, adaptó a su servicio una línea gratuita que brinde atención y prevención a personas con casos de depresión, comprobando que esta es la segunda causa de mayor cuidado luego de las atenciones por ansiedad (Ministerio de Salud Pública, 2020). Es por ello que el personal sanitario continúa trabajando a pesar de su estado de salud mental, esto permite comprender que, aunque

existan condiciones conflictivas o situaciones hostiles, si las personas cuentan con una adecuada salud mental, será factible enfrentar dichos procesos sin alterar en gran medida su bienestar psicosocial (Valiente Barroso et al., 2021).

Siguiendo con el cuarto objetivo de la variable de inflexibilidad psicológica, nos da como resultado una media de 16,17, con un máximo de 49 puntos y un mínimo de 7 puntos, mostrando en los encuestados una baja puntuación, lo que indica que tienden a ser más flexibles psicológicamente, es decir, pueden enfrentar situaciones difíciles en su vida, saber sobrellevarlas y poder sentirse bien, por otra parte en un estudio realizado por Pakenhan et al. (2020), donde se analizó la inflexibilidad psicológica y su correlacionan con la ansiedad y depresión por COVID 19, se obtuvo una correlación significativa con los problemas de la salud, implicando un paradigma del funcionamiento humano, siendo causa de inflexibilidad psicológica la sola ausencia de uno de ellos, implicando tanto sufrimiento humano como funcionamiento desadaptado.

La inflexibilidad psicológica (IP) es el concepto central de la terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commiment Therapy [ACT]*), y se define como «un patrón rígido de comportamiento en el que la persona orienta sus acciones sobre la base de las experiencias privadas momentáneas en lugar de los valores elegidos libremente» (Domínguez et al., 2020). En otras palabras, se trata de un proceso de regulación del comportamiento, consistente en evitar y/o escapar de experiencias privadas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones, etc.) que se experimentan como aversivas, incluso cuando hacerlo conlleva comportarse de manera incompatible con los propios valores y metas de uno mismo. En contraposición, la flexibilidad psicológica se refiere a la capacidad de uno mismo para presentar en el momento actual y, de acuerdo con lo que la situación le permite, cambiar o persistir con el comportamiento en la búsqueda de metas y valores (Valiente Barroso et al., 2021).

Existe gran cantidad de evidencia empírica que apoya el papel desadaptativo de la IP. En primer lugar, se ha demostrado que está correlacionada con una amplia gama de síntomas psicológicos, entre los que destacan la ansiedad, la depresión, el estrés y las quejas somáticas en el ámbito de la salud. En segundo lugar, tiene una fuerte conexión negativa con medidas de salud general y de calidad de vida. Por otro lado, es un factor mediador entre los efectos de una amplia variedad de constructos psicológicos y síntomas psicológicos. Por último, añade una mayor validez predictiva de la sintomatología psicológica por encima de otros constructos existentes (Domínguez et al., 2020). Cabe señalar que el mismo autor en su investigación sobre el tema encontró que el 15% de la población objeto de estudio presenta inflexibilidad psicológica.

Continuando con la percepción de soledad se evidencia una puntuación media de 6,18/7.5, lo que indica que los profesionales encuestados presentan mayor percepción de apoyo social, es decir, cuentan con el apoyo de sus seres queridos, amigos o conocidos, lo que indica que tienden a tener mayor percepción de apoyo social (Montaner et al., 2021). Información que contrasta con (Pesántez Cobos & Bowen Chilán, 2020) quienes encontraron en su estudio realizado en un distrito de España, que la mayor parte de su muestra presenta mayores sentimientos de soledad, puesto que los encuestados en su mayoría fueron solteros (69%). Es importante, mencionar que no solo se vieron afectados el personal de salud si no también otro tipo de poblaciones, correspondientes a grupos etarios como adultos mayores y adolescentes, asociando la soledad con ideas suicidas e intentos autolíticos, convirtiéndose en un importante factor de riesgo para el personal de salud y personas en general (Valiente Barroso et al., 2021).

En el quinto y último objetivo, se tiene lo que concierne a la calidad del sueño, los datos reflejados muestran que la mayoría (80,4%) de los encuestados presentan baja dificultad para dormir, al contrastar estos resultados con otros estudios donde se ha aplicado también el índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI), se observó que (Torres et al., 2021) en un estudio realizado en un hospital en Perú, encontró una prevalencia de problemas

altos de sueño del 89,71% lo que indica que una mala calidad de sueño puede provocar un inadecuado manejo de las emociones frente a situaciones de la vida diaria, por otra parte, de manera similar las observaciones de (Buheji et al., 2020), permiten verificar que en su estudio el 75% de los trabajadores sanitarios tienen una mala calidad de sueño estableciendo que una mala noche sin dormir provoca aumentos en los niveles de marcadores relacionados con el estrés, como el cortisol, situación que lleva a que los síntomas de estrés se vean exacerbados; por último (Sahin et al., 2020) en su estudio realizado en una clínica privada de Chile, indica una calidad subjetiva de sueño baja con un 52,5%, lo cual se relaciona con los resultados del presente estudio.

Huang y Zhao, plantearon que a nivel mundial 1 de 4 trabajadores del personal de salud de primera línea, presentaron problemas para dormir, siendo uno de los grupos más afectados por la pandemia, este hecho puede ser justificado debido al tiempo y a la intensidad del trabajo, que por lo general conlleva una pandemia severa como lo fue la del SARS-CoV-2. Los efectos en la alteración de la calidad del sueño están relacionados de manera significativa con el aumento en la sintomatología tanto depresiva como ansiosa, así como también en la persistencia del estrés, mismo que llega a volverse crónico, dicha situación crea un círculo vicioso entre el insomnio y los estados emocionales negativos (Huang & Zhao, 2020)

Desde el año 2019 se está viviendo una pandemia, ante ello para el año en que ahora nos encontramos se han implementado programas de prevención y promoción a la salud, así como también intervenciones a nivel secundario con la finalidad de disminuir y gestionar la sintomatología que dejó la pandemia.

Conclusiones

En lo que compete a la acción de identificar las características sociodemográficas y laborales se concluye que la muestra participante son personas que se encuentran activas y referente al indicador de edad, los trabajadores tienen una media de 35 años, así como también cuentan con una experiencia profesional de 8 años.

Respecto al instrumento utilizado para determinar los niveles que constan dentro de las dimensiones de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, se concluye en este trabajo que analizando cada puntaje obtenido en el estudio, permitió determinar que existe un menor nivel de burnout, lo que indica que los trabajadores enfrentan de manera moderada las situaciones problemáticas o dificultades laborales.

En la mayoría de los trabajadores se encontraron leves índices de estrés, depresión y ansiedad, entendiendo que cuando los trabajadores cuentan con una adecuada salud mental, pueden afrontar de mejor manera las situaciones, lo que contribuye a su bienestar psicosocial.

Respecto a la inflexibilidad psicológica y la percepción de la soledad se puede concluir que, los encuestados reportan ser flexibles psicológicamente, es decir, pueden enfrentar situaciones adversas de la vida. En lo referente a la percepción de soledad los colaboradores presentaron mayor percepción de apoyo social.

Finalmente, en base a los valores encontrados se puede deducir que no existe una dificultad en los profesionales para dormir, ya que la mayoría tienen baja dificultad para conciliar el sueño.

Recomendaciones

Considerando la experiencia de esta investigación en cuanto a la facilidad de aplicar los instrumentos sociodemográficos a través de medios digitales, recomendaría replicar esta estrategia en otras investigaciones que también requieran aplicar instrumentos similares para facilitar la recopilación de los resultados, también se podría combinar medios digitales y presenciales de ser el caso.

No se evidencia una alteración en la salud mental de los trabajadores sanitarios encuestados, sin embargo, se debe tener en cuenta a las personas que lograron porcentajes elevados en las muestras moderado y severo quienes podrían estar expuestos a desarrollar una alteración en su salud mental, realizándoles un seguimiento mediante la programación de sesiones de terapia.

Es importante recomendar el análisis del agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que pueden presentar los empleados, por ello las instituciones deberían ofrecer espacios de diálogo, constante comunicación y atención a este tipo de situaciones que se presentan continuamente especialmente en la actualidad en donde los médicos y enfermeras deben estar más pendiente de la salud de la población.

Plantear actividades o espacios constantes con el personal de la salud, como actores corresponsables de un servicio vital, por ende, a través de esta investigación u otras semejantes, informar y ampliar conocimientos en cuanto a beneficios y estrategias sobre inteligencia emocional, pudiendo apoyarlos con técnicas de terapia cognitivas.

Priorizar investigaciones que prioricen la calidad del sueño, como aspecto que incide potencialmente, en el funcionamiento motriz, corporal, cognitivo y psicológico. Esto favorecerá el servicio de la salud, a más de brindar eficiencia y calidad.

Referencias

- Alabi, O. C., Okohue, J. E., Adewole, A. A., & Ikechebelu, J. I. (2020). Association of Gynecological Endoscopy Surgeons of Nigeria (AGES) Advisory on Laparoscopic and Hysteroscopic Procedures during the COVID-19 Pandemic. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(5), 747-749.
- Alberti, P., Beretta, S., Piatti, M., Karantzoulis, A., Piatti, M. L., Santoro, P., Viganò, M., Giovannelli, G., Pirro, F., & Montisano, D. A. (2020). Guillain-Barré syndrome related to COVID-19 infection. *Neurology-Neuroimmunology Neuroinflammation*, 7(4).
- Álvarez-Risco, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*.
- Antúñez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Arévalo, M. I., & López, M. R. A. (2020). Posibles medidas de política económica en el contexto actual y post Covid-19: Caso Ecuador. *Sur Academia: Revista Académica-Investigativa de la Facultad Jurídica, Social y Administrativa*, 7(14), 59-73.
- Arias Molina, J., Cabrera Hernández, Y., Román López, I. R., Zayas Fajardo, M. L., & Rodríguez Rodríguez, R. R. (2021). Trastornos psiquiátricos en adolescentes durante la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Multimed*, 25(3).
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación*.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.

- Buheji, M., Jahrami, H., & Dhahi, A. (2020). Minimising stress exposure during pandemics similar to COVID-19. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 10(1), 9-16.
- Caballero-Domínguez, C. C., & Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3.
- Campos, M. R. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240.
- CEPAL, N. U. (2020). *Pactos políticos y sociales para la igualdad y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe en la recuperación pos-COVID-19*.
- Cervantes Holguín, E. (2020). Resistir la covid-19. Intersecciones en la educación de Ciudad Juárez, México. *Instituto de Ciencias Sociales y Administración*.
- Cherry, J. D. (2004). The chronology of the 2002–2003 SARS mini pandemic. *Paediatric respiratory reviews*, 5(4), 262-269.
- Curiel, C. P., & Molpeceres, A. M. V. (2020). Impacto del discurso político en la difusión de bulos sobre Covid-19. Influencia de la desinformación en públicos y medios. *Revista latina de comunicación social*, 78, 65-97.
- Danet, A. D. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458.
- de Juan Pérez, A. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310-315.
- Del Castillo, R. P., & Velasco, M. F. P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 30-

44.

del Trabajo, C. (2012). Ministerio de Trabajo. *Empleo y Seguridad*.

Delgado, M. T. B., Quijije, W. F. D., Flores, B. I. P., & Velázquez, M. del R. H. (2020). Estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia de COVID 19. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*. ISSN 2602-8166, 4(3), 41-50.

Díaz Leyva, D. (2021). Efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la familia. *Revista San Gregorio*, 1(48), 149-168.

Diaz, M. S., & Diaz, N. S. (2020). Una perspectiva contextual: act para trastornos de Ansiedad. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*.

Domínguez, C. J. D., García, J. V., Ruiz, F. J., Espejo, B. D., Guerrero, P. C., Sánchez, E. R., Jurado, N. G., Bello, A. R., & Sánchez, R. R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *nefrología*, 40(2), 160-170.

Doumani, M., Habib, A. A., Alotaibi, A. N., Alharbi, A. S., Alduraibi, M. S., Otain, O. A., Shbib, M., & Sahari, S. M. (2020). The knowledge about coronavirus (COVID-19) among populations in two different Arab countries. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(11), 5614.

Duran Vila, N. I. (2020). El Teletrabajo y la conciliación con el entorno de convivencia familiar durante la Pandemia COVID-19. *Revista de Investigación Psicológica, ESPECIAL*, 68-72.

Espinoza-Guerra, E., Quimí-Espinosa, J., Escobar-Segovia, K., & Camacho-Polo, I. (2020). Riesgos psicosociales y satisfacción laboral en empresas que prestan servicios de salud

- ocupacional: un estudio en la ciudad de Guayaquil. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(7), 21-39.
- Figueiredo, A. M. de, Daponte, A., Figueiredo, D. C. M. M. de, Gil-García, E., & Kalache, A. (2022). Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gaceta sanitaria*, 35, 355-357.
- Franco Miranda, W. J. (2021). *Factores sociodemográficos asociados a síntomas de ansiedad y depresión en personal médico asistencial en tiempos de pandemia. Lima 2020.*
- Garrido-Cumbrera, M., Navarro-Compán, V., Bundy, C., Mahapatra, R., Makri, S., Correa-Fernández, J., Christen, L., Delgado-Domínguez, C.-J., & Poddubnyy, D. (2020). *OP0278 IDENTIFICATION OF PARAMETERS ASSOCIATED WITH A DIAGNOSTIC DELAY IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS: RESULTS FROM THE EUROPEAN MAP OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (EMAS).* BMJ Publishing Group Ltd.
- Gaviria, P. T., Castaño, S., & García, M. R. (2020). *Política pública en tiempos del covid-19, entre la necesidad y la contingencia.* Universidad Nacional de Colombia-FCE-CID.
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño durante el brote de COVID-19 en China: una encuesta transversal basada en la web. *ELSEVIER Investigación en psiquiatría [internet]*, 288, 112954.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334.
- Jácome Llumipanta, A. R. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el Covid-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador 2020.*
- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(4), 432-439.

- Koury, J., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19¿ Cómo y por qué llegamos a esta pandemia. *Acta odontológica venezolana*, 1-10.
- Lara, G. F. C. (2021). Investigación formativa en la formación inicial docente. *Apuntes Universitarios*, 11(4), 1-16.
- 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(3), 335-343.
- Lozano-Díaz, A., Fernández-Prados, J. S., Figueredo, V., & Martínez, A. M. (2020). Impacts of COVID-19 confinement among college students: Life satisfaction, resilience and social capital online. *International Journal of Sociology of Education*, 9(1), 79-104.
- Macías Morón, J. J. (2019). *La eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica-Funcional (FACT) para mejorar la Salud en Empleados y Estudiantes*.
- Males-Villegas, M. S. (2022). Estilos de socialización parental en adolescentes ecuatorianos durante la pandemia COVID-19. *Polo del Conocimiento*, 7(1), 650-663.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental:¿ qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 143-152.
- Maslach, C. (1986). *Stress, burnout, and workaholism*.
- Mazzucchelli, R., Dieguez, A. A., Costa, E. M. D., & Villarías, N. C. (2020). Democracia y mortalidad por COVID-19 en Europa. *Revista española de salud pública*, 94, 78.
- Ministerio del Gobierno del Ecuador. (2020). *Flujo de ciudadanos de todas las nacionalidades*.
NACIONALIDAD Y PUERTO MES A MES PARA PAGINA WEB DEL MDI 2010 - 2020.
- Mojica-Crespo, R., & Morales-Crespo, M. M. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina de Familia*.

SEMERGEN, 46, 65-77.

Molina, C. L. (2020). La familia ante la pandemia del COVID-19. *Ius et Praxis*, 50-51, 23-29.

Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(3), 144-151.

Morán, M. del C. G., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 19, 11-30.

Moreno, J. P. S., & Ariza, D. A. M. (2018). Calidad de sueño del personal de enfermería. *Ciencias de la Salud*, 16, 75-86.

Naranjo, M. A. M., Alonso, S. A., & Vinagre, G. F. (2021). PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN PANDEMIAS. *Gestión en crisis sanitarias*.

Navarro-Loli, J. S., & Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.

Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina clínica*, 157(3), 130.

Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547.

Ortega-Jiménez, D., Ruisoto, P., Bretones, F. D., Ramírez, M. del R., & Vaca Gallegos, S. (2021). Psychological (In) flexibility mediates the effect of loneliness on psychological stress. evidence from a large sample of university professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2992.

Osorio, J. E., & Cárdenas Niño, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 13(1), 81-90.

- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054. [https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020](https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020)
- Parra, M., & Carrera, E. (2020). Evolución de la COVID-19 en Ecuador. *Investigación & Desarrollo*, 13(1), 28-42.
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C., & Martínez-Suárez, P. C. (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.
- Pérez, J. L. M., & Iniesta, G. R. (2020). La protección social en la emergencia. Entre el ensayo, precipitación y búsqueda de soluciones en tiempos de incertidumbre (A propósito de la crisis sanitaria provocada por el COVID 19 y las medidas legales adoptadas). *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, 23, 11-53.
- Pesántez Cobos, M. P., & Bowen Chilán, V. E. (2020). *Riesgo suicida y su asociación con el síndrome de Burnout en psicólogos clínicos de los CETADS de Cuenca*. Universidad del Azuay.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 249.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Portoghese, I., Leiter, M. P., Maslach, C., Galletta, M., Porru, F., D'Aloja, E., Finco, G., & Campagna, M. (2018). Measuring burnout among university students: factorial validity, invariance, and latent profiles of the Italian version of the Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS). *Frontiers in psychology*, 9, 2105.

- Prieto Ursúa, M. (2020). *Acompañar para crecer después del confinamiento*.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). *Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*.
- Ramos, V., Ramos-Galarza, C., & Tejera, E. (2020). Teletrabajo en tiempos de COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(3), e1450-e1450.
- Rosario, S. F. (2019). *Inflexibilidad Psicológica en personas con obesidad que asisten a una ONG en la ciudad de Rosario*.
- Ruiz, G. P. I., & León, A. C. I. (2020). Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. *La ciencia al servicio de la salud*, 11(1), 5-15.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Sahin, A.-R., Erdogan, A., Agaoglu, P. M., Dineri, Y., Cakirci, A.-Y., Senel, M.-E., Okyay, R.-A., & Tasdogan, A.-M. (2020). 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak: a review of the current literature. *EJMO*, 4(1), 1-7.
- Salas, M. A. (2022). MIGRACIÓN VENEZOLANA EN TIEMPO DE PANDEMIA EN ECUADOR. *Revista Dikaiosyne*, 37, 5-36.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 11.
- Sánchez Boris, I. M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Medisan*, 25(1), 123-141.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de

la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).

Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.

Torres, L. F. A., Taype, K. R. P., & Castro, L. Q. (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.

Vaca, D., & Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga*, 6(1), 20-26.

Valiente Barroso, C., Saiz Obeso, J., Valiente Barroso, B., Lombraña Ruiz, R., & Martínez Vicente, M. (2021). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38 (3), 149-158.

Vargas, D. (2020). Efectos de la pandemia en la familia. *Descarga de responsabilidad*, 111.

Vásquez Ortiz, B. S. (2022). *Estudio del síndrome de burnout en el personal médico del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-Ecuador 2022*. Universidad del Azuay.

Vázquez Morejón, A. J., & Jiménez García-Bóveda, R. (1994). *RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española*.

Vogel, E., Donat, M. G., Alexander, L. V, Meinshausen, M., Ray, D. K., Karoly, D., Meinshausen, N., & Frieler, K. (2019). The effects of climate extremes on global agricultural yields. *Environmental Research Letters*, 14(5), 54010.

Zayas-Fajardo, M. L., Román-López, I. R., Rodríguez-Zayas, L., & Román-López, M. Y. (2021). Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1), 2528.

Apéndice

Apéndice 1. Consentimiento firmado	67
Apéndice 2. Cuestionario ad hoc sociodemográfico.....	69
Apéndice 3. Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS).....	69
Apéndice 4. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21).....	70
Apéndice 5. Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7.....	71
Apéndice 6. Escala de Soledad (UCLA-3).....	71
Apéndice 7. Índice de calidad de sueño (PSQI).....	72

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Estimado/a

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

<p>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.</p>
--

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: Nominamiento permanente Nominamiento provisional
 Libre nominamiento 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 *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si ___ No ___

¿Siente que su trabajo toma *tanto tiempo* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si ___ No ___

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si ___ No ___

MBI

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							

9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.									
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.									
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.									
12. Me encuentro con mucha vitalidad.									
13. Me siento frustrado por mi trabajo.									
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.									
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.									
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.									
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.									
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.									
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.									
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.									
21. Siento que 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 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 que 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