



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID-19 en el sector norte de la ciudad de
Quito durante el año 2022**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Contreras Barros, Katherine Elizabeth

Director: Cuenca Puma, Geovanny Eduardo

QUITO

2023



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

2023

Aprobación del director del trabajo de integración curricular

Loja, 10 de marzo de 2023

Magister

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

Director de la carrera de Psicología.

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2022, realizado por Katherine Elizabeth Contreras Barros 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,

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

C.I.: 1900434281

Correo electrónico: gecuenca@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Katherine Elizabeth Contreras Barros, 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 el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2022, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en el: capítulo uno de marco teórico, capítulo dos de metodología, capítulo tres de análisis de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Geovanny Eduardo Cuenca Puma, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

C.I.: 1717077661

Correo electrónico: kecontreras2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi madre y a mi esposo quienes con su paciencia, motivación y apoyo inquebrantable me impulsan a lograr mis metas.

Katherine

Agradecimiento

Agradezco a mi familia, a los colaboradores de las instituciones de salud que me ayudaron de alguna manera a obtener la información necesaria para realizar este trabajo de titulación, a los docentes de la UTPL que aportaron con su experiencia y recomendaciones que me permitieron lograr los objetivos planteados, y sobre todo le agradezco a Dios por darme la fortaleza para obtener una segunda carrera universitaria.

Katherine

Índice de contenidos

Carátula	I
Aprobación del director del trabajo de integración curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
Marco teórico.....	5
1.1 COVID-19.....	5
1.1.1 Consecuencias de la COVID-19.....	7
1.1.2 COVID-19 en Ecuador.....	9
1.1.2.1 Vacunación en Ecuador.....	17
1.1.3 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones.....	18
1.2 Afectaciones a la Salud Mental.....	19
1.2.1 Salud mental	19
1.2.1.1 Ansiedad.....	20
1.2.1.2 Depresión.....	22
1.2.1.3 Estrés.....	24
1.2.1.4 Burnout.....	25
1.2.1.5 Alteraciones del sueño.....	25
1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios.....	26
1.2.2.1 Ansiedad.....	27
1.2.2.2 Depresión.....	28
1.2.2.3 Estrés.....	28
1.2.2.4 Burnout.....	29
1.2.2.5 Alteraciones del sueño.....	30
1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental.....	32
1.3.1 Inflexibilidad psicológica	32
1.3.2 Soledad y Apoyo social	33
1.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	34
1.3.4 Retos y desafíos de la COVID-19 en profesionales de la Salud	35
Capítulo dos.....	38
Metodología.....	38

2.1	Objetivos.....	38
2.1.1	General	38
2.1.2	Específicos	38
2.2	Preguntas de investigación	38
2.3	Diseño de investigación	39
2.3.1	No experimental	39
2.3.2	Transversal	39
2.3.3	Descriptiva	39
2.3.4	Cuantitativa	40
2.3.5	Población y muestra.....	40
2.3.5.1	Muestreo no probabilístico accidental	40
2.4	Criterios de inclusión / exclusión.....	41
2.5	Instrumentos de recogida de información	42
2.5.1	Cuestionario ad hoc sociodemográfico laboral	42
2.5.2	Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)	42
2.5.3	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21)	44
2.5.4	Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7	45
2.5.5	Escala de Soledad (UCLA-3).....	46
2.5.6	Índice de calidad de sueño (PSQI)	47
2.6	Procedimiento.....	48
2.6.1	Revisión de la literatura para redacción del marco teórico.....	48
2.6.2	Diseño de investigación y muestra	49
2.6.3	Recogida de información.....	49
2.6.3.1	Consentimiento informado de participantes	51
2.6.3.2	Método de aplicación y recolección de datos	51
2.6.4	Análisis de base de datos.....	52
	Capítulo tres	53
	Análisis de resultados y discusión.....	53
3.1	Análisis de resultados.....	53
3.2	Discusión.....	55
	Conclusiones	65
	Recomendaciones	66
	Referencias.....	69
	Apéndices	93
	Apéndice A. Información para participantes y consentimiento informado.....	93
	Apéndice B. Instrumentos psicológicos utilizados.....	95

Índice de tablas

Tabla 1. Estadística de casos, muertes y vacunas en cada región según la OMS	6
Tabla 2. Casos registrados de COVID-19 en Ecuador por provincias hasta octubre de 2022	11
Tabla 3. Datos Epidemiológicos Mensuales de 2021 y 2022.....	13
Tabla 4. Exceso de Mortalidad en Quito en los años 2020, 2021 y 2022	15
Tabla 5. Cobertura de vacunación en la provincia de Pichincha en la población de 3 años y más.....	16
Tabla 6. Puntos de corte del MBI según distintos autores.....	43
Tabla 7. Puntos de corte para determinar síntomas emocionales	45
Tabla 8. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud	53
Tabla 9. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.....	54
Tabla 10. Percepción de la salud mental del personal de salud	54
Tabla 11. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.....	55
Tabla 12. Calidad de sueño del personal de salud.....	55

Índice de figuras

Figura 1. Tasa de Infección en Pichincha.....	12
Figura 2. Número de casos confirmados en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) desde 2020 a 2022.....	12
Figura 3. Muertes confirmadas y probables por COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito de 2021 y 2022.....	14

Resumen

El propósito de esta investigación es determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2022. La muestra de estudio estuvo conformada por 65 participantes que han atendido casos COVID-19. El diseño de investigación es de tipo no experimental, transversal, con enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, y muestreo no probabilístico accidental. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario ad hoc sociodemográfico laboral, inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II) 7, escala de soledad (UCLA-3) e índice de calidad de sueño (PSQI). Los resultados muestran que un tercio de los trabajadores sanitarios padecieron síntomas del síndrome de burnout, menos de un cuarto reportan afectaciones de salud mental, menos de la mitad refieren inflexibilidad psicológica y percepción de soledad y un tercio indica problemas de calidad de sueño.

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

Abstract

The purpose of this research is to determine the mental health status of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the northern part of the Quito city during the year 2022. The study sample consisted of 65 participants who have treated COVID-19 cases. The research design is non-experimental, and its design is non-experimental, cross-sectional, with a quantitative approach and descriptive scope, and non-probabilistic accidental sampling. The instruments used were the ad hoc occupational sociodemographic questionnaire, the chronic work stress inventory (MBI-HSS), the depression, anxiety and stress scales (DASS-21), the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) 7, the loneliness scale (UCLA-3) and the sleep quality index (PSQI). The results show that a third of the health workers suffered symptoms of burnout syndrome, less than a quarter report mental health problems, less than half report psychological inflexibility and perception of loneliness, and a third report sleep quality problems.

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

Introducción

La enfermedad COVID-19 es un problema de salud pública internacional (Inca e Inca, 2020), y todas las franjas etarias se han visto afectadas (Bárcena y Etienne, 2021). Entre las repercusiones de la pandemia Torre-Muñoz et al. (2020) se refieren al efecto en la salud mental de los profesionales de la salud a cargo de pacientes con COVID-19, en este contexto Quiroz-Figueroa et al. (2022) mencionan que el estado de salud mental en el personal sanitario es muy importante, pues afecta a: sus relaciones, sus actividades cotidianas, el trato hacia los demás y a la calidad de atención al paciente.

Conforme a Torre-Muñoz et al. (2020) el personal de la salud, que por el hecho de tratar con el sufrimiento de otras personas, son propensos a desarrollar problemas de salud mental como estrés, ansiedad, depresión y fatiga por compasión, con la pandemia además están sometidos a gran carga psicológica debido a que: la enfermedad es desconocida, largas jornadas, temor constante de contagiarse y contagiar a familiares, la frustración de verse rebasados por el número de pacientes, la escasez de recursos y evolución de la enfermedad.

El objetivo de esta investigación es determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2022. Para este fin, se orienta la investigación con una amplia revisión bibliográfica para posteriormente recolectar datos de cada una de las variables de estudio: salud mental, burnout, calidad de sueño, inflexibilidad psicológica y percepción de la soledad; utilizando escalas y cuestionarios aplicados a 65 participantes con título de tercer nivel o superior, en ejercicio profesional en el último año y que han atendido casos COVID-19.

En el capítulo 1 se desarrolla el Marco Teórico, donde se aborda la reseña histórica de la COVID-19 hasta convertirse en pandemia, enfocándose en la ciudad de Quito. Además, se revisan los efectos de la enfermedad, principalmente en las repercusiones sobre la salud mental del personal sanitario: ansiedad, depresión, estrés, burnout y alteraciones del sueño. Finalmente se analizan las variables psicosociales de inflexibilidad psicológica y soledad relacionadas a la salud mental.

El capítulo 2 muestra la Metodología utilizada, partiendo de los objetivos y la pregunta de Investigación planteada que responde este estudio, además se describe el diseño escogido, la técnica de muestreo enmarcada por los criterios de inclusión/exclusión y los instrumentos de recogida de información aplicados. Finalmente, se desarrolla el procedimiento de validación y alimentación de la base de datos.

En el capítulo 3 se cubre el Análisis de Resultados y la Discusión respectiva sobre los datos recolectados del personal de la salud en cuanto a: características sociodemográficas y laborales, percepción de las dimensiones de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal), percepción de la salud mental (estrés, ansiedad, depresión), inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, y calidad de sueño. Posteriormente se desarrollan las Conclusiones respecto a cada objetivo específico planteado y finalmente las Recomendaciones basadas en las conclusiones expuestas.

El desarrollo de esta investigación es importante para las instituciones que participaron porque les brinda un material valioso para: conocer las condiciones bajo las cuales su personal desarrolló sus actividades durante la pandemia, evaluar la eficacia de sus políticas y de los recursos aplicados para manejar la salud mental de sus empleados en tales situaciones críticas y abrumadoras de emergencia sanitaria, además de disponer de una base para diseñar planes de atención y recuperación de sus empleados post emergencia. Para la población de estudio, es importante porque pueden reconocer de una manera clara los efectos sobre su salud mental a causa del cambio brusco en sus actividades profesionales habituales. Y para la sociedad porque mejora el entendimiento de la relación entre la salud mental de los trabajadores sanitarios y la calidad de atención que brindan a la comunidad, y de ahí la necesidad de empatía y colaboración.

Al tratarse de un tema de estudio reciente y con limitada información, realizar este tipo de estudios genera conocimiento de situaciones con un enfoque local que permite tomar acciones con mayor precisión a partir de los resultados obtenidos. Además, sirve de base y motivación para que otros investigadores continúen profundizando en el tema.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 COVID-19

La enfermedad COVID-19 fue declarada como pandemia luego de que la Organización Mundial de la Salud [OMS] analizara el alto nivel de propagación y su gravedad, de manera que se convirtió en una emergencia de salud pública internacional (Bárcena y Etienne, 2021; Inca e Inca, 2020; OMS, 2020). Se conoce que, durante el primer año de la pandemia, en muchos países del total de sus defunciones, alrededor de la mitad de los casos estaban vinculadas a la COVID-19 (Bárcena y Etienne, 2021).

Conforme lo señala la [OMS] (2021), “la COVID-19 es una enfermedad multiorgánica en la que, en algunos casos, para restablecerse es necesario recurrir a un tratamiento de rehabilitación completo por parte de un equipo multidisciplinario” (p.54); es decir que, puede afectar a más de un órgano, dejando secuelas que requieren cuidados especializados.

En su investigación Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera (2020) quienes argumentan que, los síntomas más frecuentes son fiebre (68,7% de los casos), tos (68,1%), dolor de garganta (24,1%), disnea (31%), escalofríos (27%), diarrea (14%) y vómitos (6%); cuando la infección se extiende a los pulmones, la neumonía puede ser moderada o grave. Adicionalmente, Huang et al. (2020a), señalan que una problemática preexistente en el paciente agrava su problema.

Con base en Aragón-Nogales et al. (2020), la enfermedad COVID-19 apareció como un brote de neumonía atípica en China a finales del año 2019, se vincularon los casos de la enfermedad y se le atribuyó a un contagio de origen animal o zoonosis, propiciado en un mercado de venta de animales silvestres para consumo humano localizado en Wuhan; razón por la cual, en China “como primera medida de control el 01 de enero de 2020 indicó el cierre del mercado al público” (Aragón-Nogales et al., 2020, p.214). La OMS (2021a), señala que el 9 de enero de 2020 las autoridades chinas informaron el descubrimiento de un nuevo coronavirus causante del brote, denominado originalmente como nCoV-2019. En base a estudios genómicos del virus en pacientes inicialmente infectados, establecieron que era 96%

idéntico al genoma del coronavirus del murciélago, luego el virus pasó a llamarse SARS-CoV-2 (Aragón-Nogales et al., 2020). Se convirtió en una amenaza de salud a nivel mundial, incluso de mayor alcance que el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) del 2003, por su parte Rodríguez y León (2020) señalan que el SRAS, se dispersó por 32 países, registrando en total 8096 casos confirmados, mientras que la COVID-19 ha excedido significativamente dichas cifras, ya que hasta el 2020 la presencia del virus se registraba en 185 países, con 9 millones de casos.

El 11 de enero de 2020 a la enfermedad, se la llamó oficialmente COVID-19 por su denominación en inglés como Coronavirus Disease 2019 (Aragón-Nogales et al., 2020). Se propagó rápidamente y para el 30 de enero de 2020, según Wang et al, (2020), ya se había extendido a las 34 regiones de China; ese mismo día, la OMS declaró el brote COVID-19 una emergencia de salud pública de interés internacional. Estos estudios mencionados sugieren que la enfermedad puso al mundo en estado de alerta.

Así, la COVID-19 se esparció rápida y exponencialmente por todos los continentes, a tal punto que la OMS la declaró pandemia el 12 de marzo de 2020 (Ciotti et al., 2020). La pandemia ha sido causante de un gran número de pérdidas humanas, en un recuento a nivel mundial, según la OMS (s.f.a) desde los inicios de la pandemia, hasta el 27 de octubre de 2022, se tiene 626,090,018 casos confirmados de contagio de COVID-19 y 6,564,556 casos de muerte por la misma causa. Los contagios y muertes por regiones se pueden visualizar en la tabla 1.

Tabla 1

Estadística de casos, muertes y vacunas en cada región según la OMS

Nombre	Casos - Total Acumulado	Casos - Nuevos reportados en los últimos 7 días	Muertes - Total Acumuladas	Muertes - Nuevos reportados en los últimos 7 días	Dosis totales de vacunas administradas cada 100 habitantes	Personas totalmente vacunadas con última dosis de la serie primaria cada 100 habitantes	Personas con vacuna de refuerzo cada 100 habitantes
Global	626,090,018	2,437,274	6,564,556	8,287	164.61	63.6	29.1
Región OMS							
Europa	260,496,214	1,250,570	2,113,047	3,307	178.26	64.31	30.91

Nombre	Casos - Total Acumulado	Casos - Nuevos reportados en los últimos 7 días	Muertes - Total Acumuladas	Muertes - Nuevos reportados en los últimos 7 días	Dosis totales de vacunas administradas cada 100 habitantes	Personas totalmente vacunadas con última dosis de la serie primaria cada 100 habitantes	Personas con vacuna de refuerzo cada 100 habitantes
Américas	179,678,407	374,827	2,853,495	3,425	198.41	70.29	40.44
Pacífico Occidental	92,987,016	762,880	276,073	1,239	232.57	84.8	51.93
Asia Sur-Este	60,426,781	32,408	798,589	243	161.5	67.58	19.51
Mediterráneo Oriental	23,146,022	13,077	348,659	67	113.91	47.43	16.71
África.	9,354,814	3,512	174,680	6	42.04	23.18	2.67

Nota. Adaptado de la OMS Coronavirus (COVID-19) Dashboard – Table View por OMS, s.f.b,

(<https://covid19.who.int/>), recuperado el 27 de octubre de 2022.

La Tabla 1 ilustra los casos de COVID-19 por regiones, donde se puede observar que la región de las Américas, a la cual pertenece Ecuador, se encuentra en segundo lugar respecto a otras regiones del mundo, con un total de 179'678,407 casos y 2'853,495 muertes contabilizadas en el reporte generado el 27 de octubre de 2022.

1.1.1 Consecuencias de la COVID-19

La pandemia causada por la enfermedad COVID-19 ha traído consigo varias consecuencias, no solo para la salud, sino también afectando gravemente la economía mundial; es así que, esta historia fue especialmente visible en los países subdesarrollados como los de América Latina, lo cual se constata en el estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2021), donde se identifica que “la crisis generó en 2020 la mayor contracción del PIB de los últimos 100 años y una caída del empleo no vista en las últimas siete décadas” (p.2). La CEPAL (2021) también hace énfasis en que las políticas han protegido los trabajos formales y desfavorecido en mayor medida a los trabajos informales, lo cual incrementa aún más la brecha de la pobreza en esta región. Lo citado advierte que, los países han generado leyes para que las empresas optaran por implementar estrategias que beneficien a sus trabajadores, en contraste con aquellas personas que, al no depender de una corporación, no tuvieron un amparo legal fuerte.

Otra repercusión durante la pandemia, sobre todo en el confinamiento, es que las familias se han visto afectadas de dos maneras; es así que, Macías y Aveiga (2021) sostienen

que el sistema familiar afrontó ciertas adversidades que influyeron en la convivencia con sus miembros, en algunos casos fue positivo, ya que se ajustaron al contexto en el que vivían fortaleciendo sus relaciones familiares, en otros, el confinamiento provocó inestabilidad en la convivencia, por dificultad para superar contratiempos que existían en su entorno.

En este contexto, respecto al grupo de familias que experimentó consecuencias positivas, Gunes (2020, citado en Apaza et al, 2020) refieren que “La pandemia del Covid-19, ha demostrado que un núcleo familiar sólido y estable es de vital importancia en la sociedad, no solo durante los buenos tiempos, sino también durante momentos difíciles” (p.405). Lo expuesto quiere decir que, las familias con una buena integración han sabido manejar eficientemente los conflictos y sobrellevar cada adversidad que se les presentó a causa de la pandemia.

En segunda instancia, un hecho que Herrera-Hugo et al. (2021) destacan, es que en la cuarentena fue muy marcada la violencia intrafamiliar, de tipo psicológico, físico y sexual, por parte de algún miembro de la familia, que según estadísticas normalmente en el hogar es el hombre quien agrede a la mujer, de manera que en el confinamiento muchas mujeres tuvieron que permanecer en los hogares con sus agresores, aumentando el miedo, temor, angustia, y violencia. Lo dicho acarrea la idea de que, durante el aislamiento en las familias con algún grado de disfuncionalidad, se acentuaron los conflictos y se incrementaron los casos de violencia intrafamiliar, violencia de género, etc., generando mayor vulnerabilidad para la víctima.

Por otro lado, según Lozano-Vargas (2020), en la pandemia también se genera incertidumbre en la población por: estar expuestos al virus en el transporte público, las condiciones del trabajo y la preocupación por la privación de sus ingresos económicos, el acceso a los servicios de salud y la eficiencia de estos, y las medidas de control y prevención adoptadas. Dicho de otra manera, la población se mantiene de manera general en estado de zozobra.

Otro aspecto importante que señala Paniagua (2020) es que, las personas que tienen un familiar enfermo con COVID-19 se sienten indispuestos emocionalmente experimentando

miedos: a contagiarse, a morir y a posibles afectaciones físicas y mentales. En otras palabras, la afectación emocional es elevada en las familias cuyos integrantes se han contagiado de COVID-19.

En el ámbito de la salud, indudablemente quienes han estado sometidos a un mayor riesgo de sufrir afectaciones a su salud tanto física como psicológica, es el personal de salud, puesto que, según Torre-Muñoz et al. (2020) “los médicos y el personal de la salud en general, por tratar con el dolor y padecimiento de otros seres humanos, son propensos a desarrollar estrés, angustia, depresión y fatiga por compasión” (p.8), esto quiere decir que la actividad laboral del personal médico por sí misma puede constituir un factor de riesgo para su salud mental. Sumado a esto, Torre-Muñoz et al. (2020) destacan que, en el contexto de la pandemia el personal de salud está sometido a una gran carga psicológica debido a: la exigencia de enfrentarse a una enfermedad desconocida y en condiciones extremas de trabajo con largas jornadas; el temor constante de contagiarse y contagiar a los suyos; y, la frustración de verse rebasados por el número de pacientes, escasez de recursos y evolución de la enfermedad. Lo anterior permite visualizar las condiciones críticas en las cuales los profesionales de la salud se han tenido que desenvolver laboralmente.

Finalmente, debido a la sobrecarga psicológica, los profesionales de la salud que correrán un riesgo especial de presentar síntomas psicológicos en la postpandemia son aquellos que trabajan en la salud pública, atención primaria, servicios de emergencia, y cuidados intensivos (Cullen et al., 2020). Lo expuesto advierte que como consecuencia directa de la pandemia se tendrán principalmente profesionales sanitarios con problemas de salud mental.

1.1.2 COVID-19 en Ecuador

A medida que la enfermedad COVID-19 se propagaba en el mundo, el 29 de febrero de 2020 se confirmó la existencia del primer caso de COVID-19 en Ecuador, que según la Defensoría del Pueblo de Ecuador y Universidad UTE (2020), en su informe técnico indican que, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] afirmó que la primera contagiada “debido a sus complicaciones de salud fue internada con pronóstico reservado en un hospital

de Guayaquil donde falleció el 13 de marzo de 2020” (p.19). En esta misma fecha, el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias (2020) reportó un total de 20 casos confirmados, por ello, a la par el gobierno estableció medidas para evitar la propagación; es así que, el MSP conforme al Acuerdo N° 00126 (2020) establece:

Declarar el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población. (Art.1)

A partir de eso se declaró estado de excepción a nivel nacional, como medida de control de propagación de los contagios de COVID-19.

Se cree que Ecuador no tuvo un conteo real de casos de fallecimiento por COVID-19, puesto que Haro y Calderón (2020) señalan que según “The New York Times, la cantidad de fallecidos en Ecuador por covid-19 sería de 15 veces más alta que los registros del Gobierno del Ecuador” (p.3). Entonces, se puede decir que las estadísticas actuales son aproximadas.

Toda la crisis sanitaria a causa de la pandemia el sector de la salud pública ha actuado sobre la marcha haciendo esfuerzos, como menciona el MSP (2020c), la respuesta asistencial durante la pandemia se ha dirigido hacia el nivel hospitalario, incrementando camas para hospitalización y cuidados intensivos, sobre todo en Quito y Guayaquil, así mismo Sacoto (2021), menciona que:

menor importancia se ha otorgado a la respuesta preventiva comunitaria y a la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica para un rastreo sistemático de casos y el manejo y aislamiento de contactos, con el objetivo de mitigar la velocidad de transmisión del virus y la incidencia que esto tuvo sobre los hospitales (p.58).

Al inicio de la pandemia, Guayas era la provincia con mayor necesidad de control, panorama que Chauca (2021) lo confirma al señalar que el momento más crítico de la pandemia en Guayaquil se vivió entre marzo y abril de 2020, y que desde el 23 de julio del mismo año, se ha visto sobrepasada por Quito como nuevo epicentro. Lo cual se puede

corroborar con la información brindada en la tabla 2 que facilita el conteo de casos a nivel provincial.

Tabla 2

Casos registrados de COVID-19 en Ecuador por provincias hasta octubre de 2022

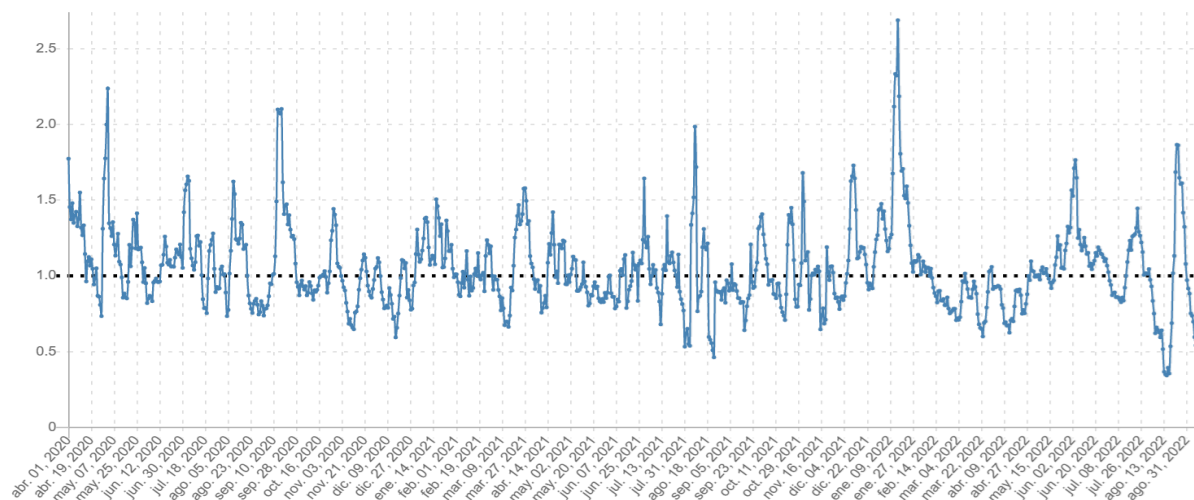
Provincia	Casos totales	Casos estimados de Omicron	Casos /100 mil hab.
Pichincha	372,383	170,747	11,739
Guayas	152,960	76,682	3,534
Manabí	65,777	29,368	4,244
El Oro	54,105	28,564	7,651
Azuay	50,865	20,901	5,865
Loja	39,257	20,300	7,605
Tungurahua	31,723	15,115	5,431
Imbabura	33,153	14,929	7,052
Cañar	17,634	10,656	6,371
Cotopaxi	21,185	8,480	4,390
Chimborazo	18,124	8,447	3,487
Bolívar	14,547	6,884	6,980
Esmeraldas	16,276	5,983	2,562
Santo Domingo de los Tsáchilas	18,496	5,465	4,104
Los Ríos	18,880	5,217	2,073
Morona Santiago	12,354	4,933	6,424
Carchi	14,618	4,512	7,880
Sucumbíos	10,363	3,625	4,596
Napo	7,794	3,237	5,950
Orellana	6,841	2,631	4,289
Santa Elena	7,325	2,629	1,866
Zamora Chinchipe	5,818	2,551	4,935
Galápagos	3,571	2,024	11,056
Pastaza	5,789	1,882	5,201

Nota. Datos tomados de Estadísticas – Latinoamérica – Ecuador por Proyecto Rodillo, s.f., (<https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/ecuador/>), recuperado el 28 de octubre de 2022.

La tabla 2 refleja el registro individualizado por provincias de los casos de COVID-19 en Ecuador. Se observa que la lista está encabezada por las provincias de Pichincha y Guayas, con 372,383 y 152,960 casos respectivamente, posicionándose Pichincha en primer lugar con la mayor cantidad de personas con la enfermedad COVID-19. Las demás provincias también se han visto muy afectadas por los casos de contagio, como se puede ver en la tabla, siendo Pastaza, Zamora Chinchipe y Galápagos las provincias que llevan el conteo más bajo.

Figura 1

Tasa de Infección en Pichincha

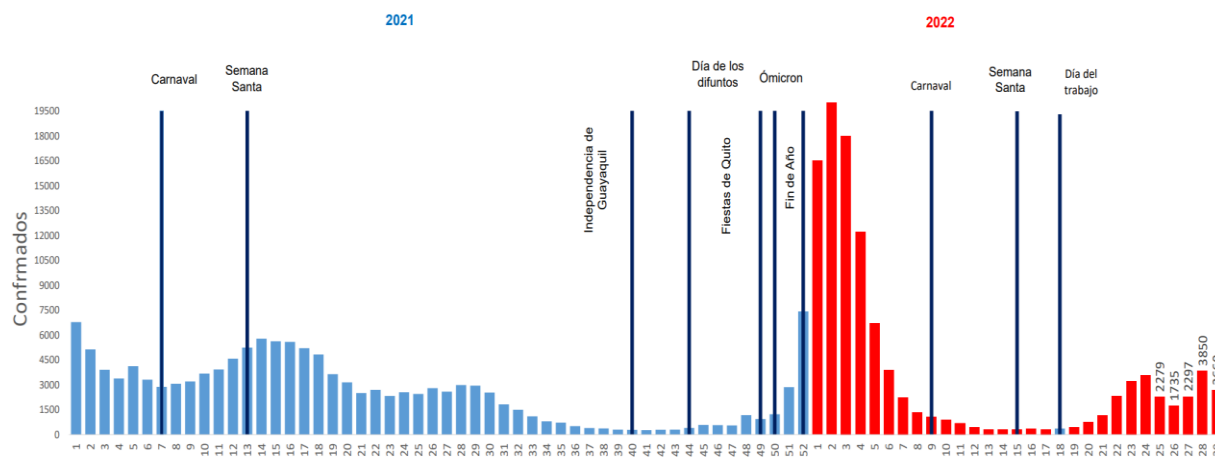


Nota. Adaptado de Estadísticas – Latinoamérica – Ecuador – Pichincha por Proyecto Rodillo, s.f., (<https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/ecuador/pichincha/>), recuperado el 28 de octubre de 2022.

La figura 2 indica los datos de la provincia de Pichincha procesados por Proyecto Rodillo (s.f.) que lleva una amplia estadística de COVID-19 en Latinoamérica. Se puede observar que desde el 1 de abril de 2021 hasta el 31 de agosto de 2022, la tasa de infección ha sido muy variada en Pichincha, cuyo pico más alto se presenta a mediados de enero de 2022, después de esa fecha se presentan 3 picos más que se ubican al inicio de junio, a finales de julio y al finales de agosto.

Figura 2

Número de casos confirmados en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) desde 2020 a 2022



Nota. Fecha de corte el 25 de julio de 2022. Adaptado de Informe epidemiológico de COVID -19 del

DMQ por Secretaría de Salud del Municipio de Quito, 2022, (<https://www.quitosaludable.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/Informe-Epidemiologico-SE17.pdf>), recuperado el 28 de octubre de 2022.

En la figura 2 refleja la cantidad de casos confirmados de COVID-19 en la ciudad de Quito, se observa que durante el 2021 la curva de contagio fue disminuyendo paulatinamente hasta el mes de octubre. Sin embargo, luego de esas fechas existió un repunte de casos en enero de 2022.

Tabla 3

Datos Epidemiológicos Mensuales de 2021 y 2022

Año	Mes	Casos Acumulados		% Positividad (14 días)	Casos confirmados por sexo			Hospitalización	Personas fallecidas	
		Confirmados	Muestras tomadas		Femenino	Masculino	% Ocupación UCI		Confirmados	Probables
2021	Mar	92,853	370,655	28.0%	48.0%	52.0%	98.0%	86.0%	2,069	288
	Abr	104,399	409,474	26.0%	48.0%	52.0%	96.0%	---	2,238	298
	May	126,063	459,934	26.3%	49.0%	51.0%	97.0%	---	2,480	316
	Jun	142,112	499,431	28.5%	49.0%	51.0%	94.0%	---	2,779	340
	Jul	152,641	521,276	29.3%	49.0%	51.0%	95.0%	---	2,898	345
	Ago	166,366	560,326	29.7%	49.0%	51.0%	97.0%	85.0%	3,131	352
	Sep	172,178	589,589	29.2%	49.0%	51.0%	65.0%	36.0%	3,358	359
	Oct	175,513	615,483	28.5%	49.0%	51.0%	71.0%	18.0%	3,452	363
	Nov	178,909	642,840	2.7%	52.2%	48.3%	72.0%	40.0%	3,469	369
	Dic	182,016	675,812	8.1%	57.2%	42.8%	48.0%	60.0%	3,525	373
2022	Ene	191,306	718,682	23.3%	58.2%	41.8%	74.7%	86.8%	3,533	373
	Feb	248,547	809,193	59.2%	57.0%	43.0%	75.0%	75.0%	3,553	376
	Mar	283,525	880,839	24.9%	52.9%	47.1%	41.0%	37.0%	3,580	381
	Abr	295,377	924,277	5.6%	53.7%	46.3%	31.0%	32.0%	3,600	385
	May	299,432	952,636	7.1%	57.9%	42.1%	---	---	3,615	515
	Jun	309,474	999,624	34,6%	61.5%	38.5%	3,35%	2,96%	3,619	527
	Jul	327,538	---	50,5%	61.4%	39.6%	3,4%	3,8%	---	---

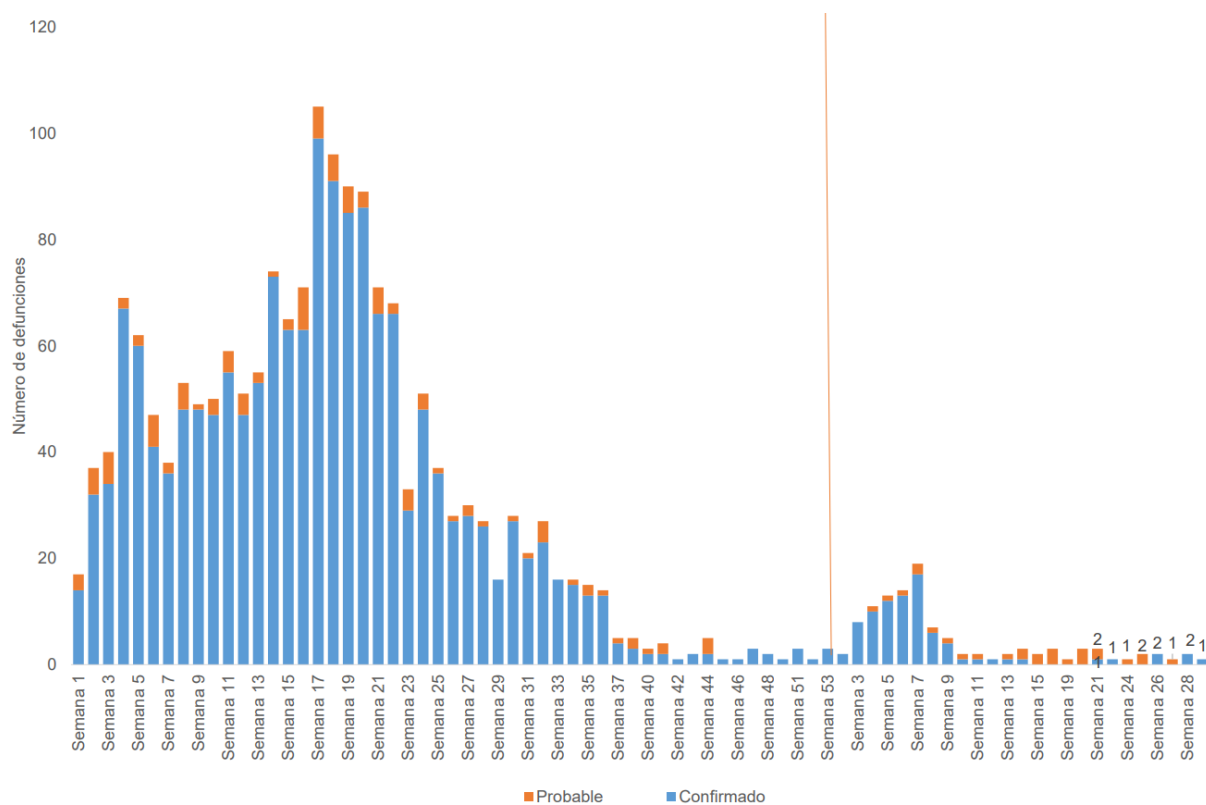
Nota. Datos tomados de los informes correspondientes a la primera semana de cada mes.

Adaptado de Informes epidemiológicos por Secretaría de Salud del Municipio de Quito, s.f., (<https://www.quitosaludable.gob.ec/infomes-epidemiologicos/>), recuperado el 28 de octubre de 2022.

Con la tabla 3 se puede apreciar de manera acumulativa, como han ido variando los casos confirmados de COVID-19, se ve que durante el 2021 hubo un incremento importante de casos y para el año 2022 hubo un repunte al inicio del año, a partir allí hasta julio los casos de contagio tienen un incremento pequeño. La ocupación de las UCI fue disminuyendo hasta finales del 2021 (48%), en el 2022 las UCI vuelven a ocuparse al inicio del año en un porcentaje de alrededor del 75%, a partir de esas fechas disminuye la necesidad de las UCI de modo que en mayo el DMQ ya no reporta datos; sin embargo, junio y julio existe una ocupación mínima de las UCI de alrededor del 3%.

Figura 3

Muertes confirmadas y probables por COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito de 2021 y 2022



Nota. Fecha de corte el 25 de julio de 2022. Adaptado de Informe epidemiológico de COVID -19 del Distrito Metropolitano de Quito por Secretaría de Salud del Municipio de Quito, 2022, (<https://www.quitosaludable.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/Informe-Epidemiologico-SE17.pdf>), recuperado el 28 de octubre de 2022.

Los datos de la figura 3 reflejan la mortalidad por COVID-19 en la ciudad de Quito. En cuanto al 2021, en la curva de mortalidad se puede apreciar el descenso paulatino en la cantidad de fallecimientos a partir de mayo (semana 18), de manera que desde mediados de septiembre (semana 37) se observa una reducción significativa de muertes por COVID-19 hasta el final del año. En lo que se refiere al 2022, existe un incremento de muertes vinculadas a la COVID-19 desde inicios de enero hasta mediados de febrero (semana 2 a la semana 7), luego de estas fechas se reduce la cantidad de fallecimientos semanales, a tal punto que existen semanas donde se han reportaron solo 1 defunción, como por ejemplo la semana 12, 22 y 29, que corresponden a la tercera semana de marzo, los primeros días de junio, y la tercera semana de julio, respectivamente.

Tabla 4

Exceso de Mortalidad en Quito en los años 2020, 2021 y 2022

Año	Mes	Promedio de 3 años	Fallecidos durante la pandemia	Porcentaje de exceso
2020	Enero	1235	1210	-2.0%
	Febrero	1011	1145	13.3%
	Marzo	1073	1096	2.1%
	Abril	1031	1269	23.1%
	Mayo	1088	1570	44.3%
	Junio	1051	1640	56.0%
	Julio	995	2511	152.4%
	Agosto	992	2217	123.5%
	Septiembre	953	1569	64.6%
	Octubre	991	1261	27.3%
	Noviembre	971	1178	21.3%
	Diciembre	1082	1354	25.1%
2021	Enero	1235	1571	27.2%
	Febrero	1011	1418	40.3%
	Marzo	1073	1715	59.8%
	Abril	1031	2 145	108%
	Mayo	1088	2 054	88.8%
	Junio	1051	1 469	39.8%
	Julio	995	1 490	49.7%
	Agosto	---	---	17.8%
	Septiembre	---	---	8.4%
	Octubre	---	---	-0.1%

Año	Mes	Promedio de 3 años	Fallecidos durante la pandemia	Porcentaje de exceso
2022	Noviembre	---	---	-2.7%
	Diciembre	---	---	3.4%
	Enero	---	---	7.1%
	Febrero	---	---	13.5%
	Marzo	---	---	-2.9%
	Abril	---	---	-9.4%
	Mayo	---	---	-0.4%
	Junio	---	---	-2.3%

Nota. Adaptado de Informes epidemiológicos por Secretaría de Salud del Municipio de Quito, s.f., (<https://www.quitosaludable.gob.ec/infomes-epidemiologicos/>), recuperado el 28 de octubre 2022.

Se puede ver en la tabla 4 los resultados registrados en Quito respecto al exceso de mortalidad, en comparación a la mortalidad existente 3 años previos a la pandemia. Se observa que en el año 2020 los meses más críticos fueron julio y agosto, donde los casos de fallecidos se incrementaron a más del doble, con porcentajes del 152.4% y el 123.5% respectivamente. En el 2021 se puede apreciar que los meses de abril y mayo presentaron una mortalidad excesiva en porcentajes del 108% y 88.8% correspondientes a cada mes. Para el año 2022 el mes con un mayor exceso de mortalidad es febrero con el 13.5%, y a partir de marzo la Secretaría de Salud del Municipio de Quito reporta que ya no existen excesos en la mortalidad a causa de la COVID-19.

Tabla 5

Cobertura de vacunación en la provincia de Pichincha en la población de 3 años y más.

Primera dosis	2,907,689
Segunda dosis	2,830,952
Dosis única	61,776
Primera dosis de refuerzo	1,989,351
Segunda dosis refuerzo	844,345
Personas totalmente vacunadas	2,892,728

Nota. Adaptado de Vacunómetro COVID-19 del Ministerio de Salud Pública, por Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud, 27 de octubre de

2022,

(<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTtkzNTFkMmUtZmUzNi00NDcwLTg0MDEtNjFkNzhhZTg5ZWYyIiwidCI6IjcwNjlyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODI1LTl1NmIwNmQyNjlmMyJ9&pageName=ReportSection>), recuperado el 29 de octubre de 2022.

La tabla 5 refleja el estado de vacunación en la provincia de Pichincha en base a la información proporcionada por el Vacunómetro COVID-19 del Ministerio de Salud Pública. Se observa que en la provincia 2,892,728 personas están totalmente vacunadas, de ellas 1,989,351 personas tienen la primera dosis de refuerzo y 844,345 ciudadanos se han colocado la segunda dosis de refuerzo.

1.1.2.1 Vacunación en Ecuador. La campaña de vacunación en Ecuador comenzó con la ejecución del plan piloto o fase 0 en enero de 2021 y desde allí el gobierno ha venido cumpliendo regularmente el plan de vacunación, que según el MSP (2020a) el Plan de Vacunación consta de 3 fases: la fase 0, cuyo objetivo era la vacunación de adultos mayores en centros de cuidados geriátricos y personal de cuidados, además de personal médico de primera línea, la cual estaba prevista ejecutarse entre febrero y abril de 2021; la fase 1, dirigida al personal de salud, personas de la tercera edad mayores a 65 años, policía y fuerza pública, profesores y docentes, población vulnerable con discapacidad entre los 18 y 65 años, bomberos, recicladores de residuos, y sectores estratégicos, esta fase estaba programada para llevarse a cabo entre febrero y abril de 2021; finalmente la fase 2 y la fase 3 estaban planificadas para abril a julio de 2021 y de agosto a noviembre de 2021 respectivamente, cuyo objetivo era aplicar primeras y segundas dosis a la población en general.

La Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (2022), en el Vacunómetro COVID-19 del Ministerio de Salud Pública con fecha de corte 27 de octubre de 2022, ilustra que el 87.81% (14,717,039) de la población de Ecuador se ha administrado la primera dosis de la vacuna, el 84.52% (14,165,255) de la población tiene el esquema de vacunación completo, el 53.63% (7,376,238) de personas tiene la segunda dosis de refuerzo,

y únicamente 2,254,314 personas cuentan con el segundo refuerzo. En otras palabras, la mayoría de los habitantes de Ecuador se encuentran inoculados ante la COVID-19.

1.1.3 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

En cuanto a las repercusiones que la pandemia por la enfermedad COVID-19 ha tenido en el personal sanitario, Boluarte et al. (2020) manifiestan que las deficiencias de las condiciones laborales conllevan a riesgos psicosociales, que incluye variables como: características contractuales, infraestructura de la organización, insumos brindados, organización del trabajo, requerimientos de las tareas, seguridad, cuidados de salud general y bienestar. Esto quiere decir que, no solo la carga de trabajo y el estado de salud del trabajador son factores que acarrear efectos psicológicos negativos, sino que influyen también las condiciones físicas y de estabilidad en el trabajo.

En este contexto, Pastor (2020) menciona que “en una encuesta realizada en China, sobre 1.257 médicos y enfermeras en el momento agudo de la pandemia, el 50% refirió síntomas de depresión, el 44% de ansiedad y el 34% insomnio” (p.418). Lo mencionado sugiere que, en la pandemia la depresión ha sido la enfermedad de salud mental más frecuente, presentándose en alrededor de la mitad de los trabajadores sanitarios chinos, seguida de la ansiedad y el insomnio. No obstante, en un estudio realizado a trabajadores de la salud en Ecuador, Pazmiño et al. (2021) señalan que pudieron determinar que el 36,77% presentaba valores normales de síntomas depresivos; el 23,44% presentó normalidad respecto a ansiedad; el 45,04% tenía sueño normal y el 22,96% puntuó normal para trastorno de estrés postraumático. En otras palabras, en otras palabras, este último estudio refleja que, durante la pandemia en Ecuador, más de la mitad de los trabajadores sanitarios presentan repercusiones a la salud, principalmente de ansiedad y estrés postraumático con un 77%, seguido de síntomas depresivos y problemas relacionados al sueño con un 60%.

Muchos trabajadores de la salud han sido víctimas también del COVID-19, referente a esto la OMS (2020) señala que de los datos recopilados mediante la vigilancia mundial de la enfermedad COVID-19, que provienen principalmente de países europeos y americanos, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS correspondían a los

profesionales de la salud. En el caso de Ecuador, Narváez et al. (2020) mencionan que el 3 de mayo de 2020 se reportaron 20937 casos confirmados de COVID-19, de ellos el 16,5% (3462) correspondieron a profesionales del sector de la salud, lo cual redujo el personal disponible para la atención. Dicho de otra manera, los trabajadores del sector de la salud también han sido víctimas de la COVID-19, y si se contrasta los datos de países europeos y americanos ya mencionados, frente a los datos de Ecuador, los valores de contagios son muy aproximados entre sí.

1.2 Afectaciones a la Salud Mental

La salud mental es un elemento indispensable en la salud integral, ya que la buena salud mental se vincula estrechamente con la capacidad de afrontar la vida (Etienne, 2018). Además, para Quiroz-Figueroa et al. (2022), el estado de salud mental en los trabajadores de la salud es una condición que afecta directamente en la calidad de atención al paciente.

1.2.1 Salud mental

La salud mental se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2018). En conformidad con esto Moreta-Herrera et al. (2018) establecen que la salud mental "en esencia, es una mirada de la salud subjetiva y propia del sentir del individuo y su relación con el entorno" (p.113). Lo expuesto significa que, salud mental es la manera en que el individuo percibe satisfacción y tranquilidad en cuanto a su salud integral en el ambiente en que se desarrolla.

En el contexto de la COVID-19, "la salud mental de los individuos se ve afectada, principalmente por la desinformación del problema, donde se comienzan a crear suposiciones acerca de lo que realmente está ocurriendo en la pandemia actual" (Ramírez y Velazco, 2021). Es otras palabras, hacer conjeturas sobre la situación conlleva a riesgos psicológicos.

Una epidemia de gran magnitud puede provocar que toda la población sufra tensiones que van incrementando la incidencia de trastornos psíquicos en la medida que el evento se magnifique y según el grado de vulnerabilidad de la persona (Buitrago et al., 2020). En esta misma línea, Ramírez-Ortiz et al. (2020) consideran que la actual pandemia por la COVID-19

incrementará la psicopatología en las personas, especialmente en los profesionales de la salud, de manera que en ellos se producirá una epidemia respecto a su salud mental. Lo que quiere decir que, el personal de salud es más vulnerable que el resto de la población a experimentar un deterioro en su estado de salud mental. Batalla-Martín et al. (2020) señala que no es suficiente solo detectar el impacto psicológico que la pandemia ha producido en los trabajadores del área de la salud, sino también planificar el tratamiento para evitar efectos a mediano y largo plazo, considerando a todos los profesionales, atiendan o no directamente a los pacientes de COVID-19. Lo expresado quiere decir que es necesario brindar un tratamiento oportuno a los trabajadores que les permita a futuro conservar su salud mental.

1.2.1.1 Ansiedad. Según Díaz y De la Iglesia (2019) la ansiedad se produce como la reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder ante una señal o amenaza de peligro. Surge cuando el individuo enfrenta exigencias autoimpuestas que son críticas para su autoestima, la probabilidad de fracaso es alta y su umbral de respuesta al miedo es bajo (Román et al., 2014). En otras palabras, es una respuesta de sobrevivencia. Lovibond y Lovibond (1995) en su escala DASS incluye ítems para evaluar la activación fisiológica, sensación subjetiva, ansiedad situacional y preocupación por la carencia de control. Según la American Psychiatric Association [APA] (2014) en el DSM-5 sostiene que “la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos” (p.189). Dicho de otro modo, la ansiedad se presenta con varias respuestas o síntomas, ya sean somáticos y conductuales. La APA, en el DMS-5 establece que los trastornos de ansiedad difieren del miedo o ansiedad transitoria por ser excesivos o por persistir 6 meses o más, pero en los niños la duración puede ser menor, aunque existe flexibilidad en este criterio de persistencia; además, los trastornos de ansiedad se distinguen por el tipo de situación causante de temor y la cognición detrás de ese temor. Es decir, que un evento fortuito de ansiedad no constituye un trastorno de ansiedad.

Respecto a los criterios para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada, la APA (2014) en el DMS establece los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses...

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño ...

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia... ni a otra afección médica...

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental... (p. 222)

En el contexto de la pandemia, Sánchez y Mejía (2020) señalan que, entre los factores condicionantes de la ansiedad de los profesionales de la salud que atienden pacientes con COVID-19, se encuentran: tener colegas infectados con COVID-19, que hayan tenido complicaciones o incluso hayan fallecido; sospechar del contagio; dar tratamiento o permanecer a cargo de pacientes enfermos de COVID-19 y tener que hacerles administraciones vía parenteral o de oxígeno; el temor a estar aislado; ser médico o enfermera de hospitalización de COVID-19; ser mayor de 46 años y tener un trabajo de más de 10 años. Es decir, la ansiedad en los trabajadores sanitario se vincula al hecho de que ellos perciben más de cerca el riesgo de la enfermedad y las consecuencias de un contagio,

en el propio entorno de trabajo atendiendo casos de COVID-19, a esto se añade el miedo de aquellos profesionales que están en edad de mayor riesgo.

1.2.1.2 Depresión. Respecto a la depresión, Román et al. (2014) señalan que es un estado caracterizado por la carencia de autoestima y de incentivo, donde el individuo percibe que sus probabilidades de alcanzar sus metas personales son muy bajas. Lovibond y Lovibond (1995) en el DASS abarca: el desinterés, la disforia, la inercia, la desvalorización y la desesperanza. Además, la APA (2014) en el DSM-5 sostiene que, el trastorno depresivo mayor es el trastorno clásico del grupo de trastornos depresivos, el cual:

Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. (p.155)

Lo expuesto en el párrafo anterior quiere decir que, la depresión mayor es capaz de alterar al individuo de manera psicoemocional y orgánica, y la tristeza que se presenta en la depresión mayor difiere de la pena normal. La APA (2014) en el DSM-5 mencionan que los criterios diagnósticos de la depresión mayor son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer...

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días...
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días...
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso... o disminución o aumento del apetito casi todos los días...

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días...
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada...
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones...
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco... (pp.160,161)

Los criterios diagnósticos mencionados quieren decir que, para determinar que un individuo tiene trastorno de depresión, debe mantenerse en un estado de tristeza que lo limita a desenvolverse normalmente en todos los ámbitos de su vida, el diagnóstico implica identificar alteraciones de la cognición, psicomotoras, de la alimentación y del sueño, además la persona se siente cansada, inútil y con deseos y pensamientos de morir.

Adicionalmente, Huarcaya-Victoria (2020) destaca que no deben confundirse los síntomas como fatiga, trastornos del sueño y del apetito, disminución de la interacción social y pérdida de interés en las actividades habituales, ya que se observan tanto en la depresión clínica como en las infecciones virales. Es decir que, pueden existir otras patologías que

tienen los mismos síntomas que el trastorno de depresión mayor, lo que hace relevante la identificación correcta de los síntomas.

En cuanto a las causas de la depresión, la OMS (2021b) indica que la depresión es causada por la interacción compleja de factores sociales, psicológicos y biológicos, siendo más vulnerables las personas que han pasado por situaciones adversas. Esto significa que, una combinación de circunstancias y condiciones, sobre todo severas que afronta una persona pueden conducir a la depresión.

1.2.1.3 Estrés. Para Román et al. (2014) es un estado de sobre activación constante ante la dificultad de enfrentar las demandas de la vida, y que lleva al individuo a reflejar su intolerancia a la frustración. Además, para Robbins y Judge (2013) “el estrés es una condición dinámica en la que un individuo se enfrenta a una oportunidad, una demanda o un recurso relacionado con lo que desea y cuyo resultado se percibe tanto incierto como importante” (p.595). En otras palabras, una persona experimenta estrés debido a la incertidumbre de conocer si una determinada elección le permite satisfacer sus necesidades. Por otro lado, Castro et al. (2021) mencionan que el estrés es una reacción fisiológica que experimenta el organismo y demanda diversos mecanismos de defensa para afrontar situaciones amenazantes o demandantes. Dicho de otro modo, el estrés es una respuesta orgánica que protege al individuo ante un evento difícil.

Los síntomas que reflejan el estrés pueden ser físicos y psicológicos, según Herrera-Covarrubias et al. (2017) los síntomas físicos de estrés incluyen: fatiga, dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular, cambio en el apetito, bruxismo, cambio en el deseo sexual y mareos, mientras que los síntomas psicológicos de estrés incluyen: irritabilidad, nerviosismo, falta de energía, deseos de llorar e insomnio. Para valorar el estrés Lovibond y Lovibond (1995) incluye en su escala DASS ítems para medir: irritabilidad, tensión, imposibilidad de relajación, impaciencia, y agitación.

Las causas que generan estrés pueden ser varias, Megías-Lizancos y Castro-Molina (2018) las agrupa en tres factores desencadenantes: las situaciones vitales o cambios significativos como enfrentar la jubilación, un fallecimiento cercano, el matrimonio,

nacimiento, etc.; la tensión (estrés) cotidiana en el ámbito familiar, laboral, académico, social, etc., que si perduran y el individuo no lo puede manejar, puede desencadenar fatiga psico-fisio-emocional o burnout; y, los sucesos de elevado estrés que involucra eventos traumatizantes y violentos, desastres naturales, terrorismo, entre otros, que provocan trastornos de estrés postraumático o trastornos por estrés agudo.

1.2.1.4 Burnout. Maslach y Jackson (1986/1997) definen el Burnout como una conducta que refleja del estrés laboral. Maslach et al. (2001) consideran que el burnout tiene un enfoque de afectación tridimensional: a nivel personal se produce agotamiento emocional por las demandas del trabajo; a nivel social ocurre cinismo y despersonalización, conducta distante y fría hacia el trabajo y los compañeros/as de trabajo; finalmente, a nivel profesional la persona no hace adecuadamente las tareas y se vuelve incompetente en el trabajo, de modo que la persona puede experimentar todo esto de manera repetitiva varias veces en su vida, en el mismo o en diferente trabajo. De manera más específica, esto quiere decir que, el burnout se caracteriza por presentar cansancio mental generado por la sobrecarga laboral, indiferencia respecto al entorno social y el desinterés en realizar el trabajo, lo cual puede ser recurrente.

Por otro lado, Valle y Guedez (2021) señalan que las características del burnout se vinculan a la fatiga, el desgaste y la percepción de sobrecarga física a causa del contacto interpersonal, las reacciones negativas, la desmotivación e insatisfacción laboral. Por ello, Lovo (2021) plantea que las intervenciones al burnout atacan las causas relacionadas al propio carácter y conducta de la persona, y considera el enfoque social constituido por las interacciones con los compañeros del trabajo, a partir de ello debería existir intervención en cuanto a cambios en la organización del trabajo y respecto a la relación entre las personas. Dicho de otra manera, lo mencionado plantea que superar el burnout implica trabajar en las características personales y las relaciones laborales-sociales demandantes.

1.2.1.5 Alteraciones del sueño. Como lo hace notar Coon y Mitterer (2016), los factores que contribuyen a los problemas de sueño son: la iluminación artificial, los horarios frenéticos, los pasatiempos emocionantes, fumar, beber, la sobreestimulación y entre otros

factores que repercuten en el sueño y representan un riesgo para la salud. Lo expresado quiere decir que, la salud se puede ver afectada debido a las alteraciones del sueño causadas por las condiciones del entorno desfavorables para dormir, los hábitos de consumo de ciertas sustancias y la sobreestimulación. Buysse et al., (1989) define la calidad del sueño como un constructo clínico que incluye aspectos subjetivos relacionados a la profundidad o tranquilidad del sueño y aspectos cuantitativos como la: duración del sueño, latencia del sueño o cantidad de despertares, aspectos que varían entre un individuo a otro, las medidas de laboratorio para la calidad de sueño no se determinan con exactitud ya que en gran medida se basa en la percepción, por lo tanto, es subjetiva.

Sobre los trastornos de sueño que se pueden presentar, la APA (2014) en el DSM-5 establece que los trastornos del sueño-vigilia incluyen los trastornos de: insomnio, hipersomnia, narcolepsia, despertar del sueño no REM, pesadillas, comportamiento del sueño REM, síndrome de las piernas inquietas, trastornos relacionados con la respiración, del ritmo circadiano de sueño-vigilia, trastornos del sueño inducido por sustancias/medicamentos. De todos ellos, el más común es el insomnio, que cerca de 50% de la población lo padece, está asociado a una serie de alteraciones: disminución de la capacidad física, problemas de concentración y atención, múltiples patologías se manifiestan, y causa una disminución de la calidad de vida de las personas (D'Hyver de las Desesa, 2018). Dicho de otro modo, la mala calidad de sueño puede generar disfuncionalidad y deterioro en la calidad de vida.

Cuando el individuo sufre algún trastorno mencionado, esto hace que generalmente la persona experimente sueño y cansancio durante el día, en relación a esto De la Portilla et al. (2017) señalan que la somnolencia diurna excesiva SDE es un trastorno secundario a los trastornos primarios del sueño, tales como la apnea obstructiva, la narcolepsia, el hipersomnio y el insomnio.

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Entre las repercusiones de la pandemia está el efecto en la salud mental de los profesionales de la salud que han estado atendiendo pacientes con COVID-19, ya que

pueden presentar trastornos psicológicos (Torre-Muñoz et al., 2020). Dicho de otro modo, la sobrecarga psicológica que el personal sanitario de primera línea ha experimentado conlleva graves problemas de salud mental.

1.2.2.1 Ansiedad. Las manifestaciones psicológicas de ansiedad pueden traer varias repercusiones, entre ellas alteraciones alimentarias que pueden llevar a la obesidad de diversos grados, y a su vez cuadros combinados de ansiedad, depresión y estrés (Argudín y O'Reilly, 2021). Por otro lado, según Rodríguez et al. (2021), durante el brote viral, un individuo con ansiedad grave confunde ciertos signos como dolores musculares o tos como síntomas de contagio, además, puede presentar comportamientos compulsivos como lavarse las manos constantemente.

Según Ricci-Cabello et al. (2020) establecen que los problemas de salud mental son altos en los profesionales sanitarios trabajando en condiciones de emergencias causadas por epidemias virales, estimándose una prevalencia de ansiedad de 45% mediante la realización de diversos meta-análisis. De cara a la pandemia por COVID-19, varios estudios realizados han revelado importantes datos sobre la variable ansiedad en el personal sanitario, con relación a esto Huang et al. (2020b) señalan que el personal médico de primera línea de atención de COVID-19 en China refleja una incidencia de ansiedad del 23,1%, siendo mayor en el personal femenino. También Danet (2021) en su análisis menciona que los síntomas de ansiedad impactaron de forma variable a los participantes “a un 20% en Italia, al 37% en el estudio vasco-navarro, al 52% en Turquía y hasta al 72% en la zona italiana con más prevalencia de COVID-19”, el mismo autor señala que los resultados reflejaron mayor ansiedad en el personal de primera línea, más afectación presentó el personal de enfermería, con un 40% comparado con el 15% de otras áreas; además, al norte de España el 21% de las mujeres experimentaron ansiedad severa o muy severa, en relación al 4% de los hombres. Finalmente, según Quiroz-Ascencio et al. (2021) en Colombia se encontró que el 70% de médicos generales presentaron síntomas de ansiedad, siendo más frecuente la ansiedad severa entre los trabajadores en el municipio capital.

La ansiedad puede generar sufrimiento en la persona, y la sensación de miedo o discapacidad para enfrentar el día a día que le van a impedir hacer correctamente su trabajo, puede tener cambios conductuales que generan conflictos interpersonales y familiares, además se puede caer en adicciones.

1.2.2.2 Depresión. La depresión a causa de una crisis sanitaria provocada por una epidemia viral puede generar un porcentaje considerable de este padecimiento en los trabajadores sanitarios, según estimaciones obtenidas a través de la realización de diversos meta-análisis, existe una prevalencia elevada del 38% conforme lo expone Ricci-Cabello et al. (2020). Durante la pandemia por COVID-19, en China los estudios respecto a la depresión en el personal médico dieron como resultado que el 16.5% de los participantes han desarrollado síntomas depresivos que oscilaban de moderados a graves, según Shigemura et al. (2020). En otros estudios realizados en Perú, Espinoza-Ascurra et al. (2022) encontraron que, entre médicos y enfermeros la prevalencia de la depresión se calculó en 30,30% para las enfermeras y 25,37% para los médicos. A partir de los estudios mencionados se puede apreciar que, los resultados de las evaluaciones de depresión en el personal sanitario varían significativamente entre un país a otro.

Adicionalmente, Danet (2021) en su análisis estableció que entre el 25% y el 31% de los profesionales participantes en Italia manifestaron síntomas de depresión, en un estudio turco fue de 65%, donde el 20% se situó en nivel severo o extremadamente severo; el 64% de la muestra del Reino Unido mencionó sentirse bajo de ánimo, triste o deprimido. Danet también señala que los síntomas de depresión son variables, afectando mayormente a profesionales de primera línea, al 53% del área de enfermería en relación al 38% de otras áreas, las más afectadas fueron las mujeres, solteros, jóvenes o con poca experiencia laboral. Lo citado deja claro que, la depresión afecta indistintamente a los profesionales de la salud, en el mismo estudio los porcentajes de afectación son muy variados, al igual que son variados los niveles de severidad, además la depresión afecta principalmente a los trabajadores sanitarios que se encuentran en la atención directa a los pacientes con COVID-19.

1.2.2.3 Estrés. El estrés puede afectar el funcionamiento del organismo, el

trabajador de la salud ante la falta de control de múltiples estresores a los que se enfrenta puede producir un estado de estrés incontrolable, que afecta el funcionamiento cerebral (Navinés et al., 2021).

En el contexto de la pandemia por COVID-19 se han llevado a cabo estudios que reflejan estadísticamente en que magnitud han sido afectados los profesionales sanitarios por el estrés laboral, en torno a esta temática los estudios desarrollados en China desde el inicio de la pandemia de COVID-19 han demostrado que, el 27,4% del personal de salud de primera línea está padeciendo de trastornos por estrés, siendo mayor en el personal femenino (Huang, et al., 2020b). Por otro lado, Del Rosario et al. (2021) establecen que en América Latina un estudio realizado a profesionales de la salud de 13 países mostró que el 88,1% presentan estrés laboral superior al habitual, el 55,7% sintió sobrecarga de trabajo, debido a más horas de trabajo (38,8%).

El estrés es una situación que actualmente se puede visualizar en el personal sanitario y conforme expresan Oprisana et al. (2022) “se ha visto identificada en casi todas las especialidades médicas, lo que ha supuesto un desafío para el desarrollo de la profesión durante esta pandemia” (p.120). Es decir que, a causa del estrés que experimenta el profesional, se afecta su desempeño laboral y la calidad de atención que brinde a sus pacientes.

1.2.2.4 Burnout. Desde el inicio de la pandemia, los profesionales sanitarios se han visto afectados por el agotamiento laboral crónico también llamada burnout, sobre lo cual López-Cortacans et al. (2021) señalan que el síndrome de burnout ha adquirido más relevancia en el contexto de la pandemia por COVID-19, ya que este síndrome ha impactado significativamente la salud de los profesionales sanitarios, principalmente porque las demandas de atención son superiores a las habituales en su entorno de trabajo, y porque los recursos que disponen para la atención no son suficientes.

Entre el año 2020 y 2022, el contexto de la pandemia ha incentivado la realización de estudios que establecen en que magnitud la población médica ha sido afectada. En relación con eso, Quiroz-Ascencio et al. (2021) señalan que una investigación realizada en Rumania

reflejó que el 76% de los profesionales sanitarios tenían altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y una baja tasa de logro conocido como síndrome de burnout. El mismo autor resalta que en abril de 2020, en Ecuador cerca del 95% de los profesionales de salud ecuatorianos padecían síndrome de Burnout severo y moderado, teniendo mayor afectación el personal médico que el de enfermería, impactando más a los jóvenes y mujeres. También, Quiroz-Ascencio et al. (2021) mencionan que los resultados de su trabajo realizado en México reflejaron que la prevalencia de Burnout en los profesionales sanitarios fue del 98%, constituido por el 57% con afectación leve-moderada y el 41% severa, y presentaron mayor afectación los médicos con un 56.89% de Burnout severo, mientras que en enfermería fue del 32.46%. Adicionalmente, Danet (2021) en su análisis señala que, en Italia el 32% del personal sanitario participante mostró altos niveles de agotamiento emocional y un 36% mostró niveles medios, la despersonalización se reflejó en el 12% como alta y en el 14% como moderada, existiendo mayor burnout en los profesionales de primera línea, donde se vio el 37% de agotamiento emocional alto y el 23% de nivel medio, y la despersonalización alta fue del 25% y de nivel medio 22,9%.

El burnout puede acarrear varias consecuencias para el personal de salud, llevando principalmente a que se generen incidentes en el trabajo, a propósito de esto López-Cortacans et al. (2021) establecen que un metaanálisis de 47 estudios sobre 42.473 médicos refleja que el burnout se vincula con el doble de probabilidades de causar incidentes de seguridad del paciente. Existen otras consecuencias que afectan tanto al profesional como a la institución, sobre lo cual Koppmann et al. (2021) mencionan que el burnout causa una mayor rotación del personal y menor productividad a raíz de la baja satisfacción laboral del profesional, además el personal sanitario corre el riesgo de desarrollar trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias. A partir de esto se puede establecer que el burnout no solo afecta la salud mental del profesional, sino que al disminuir la calidad y cometer errores en su atención clínica, los pacientes bajan su nivel de satisfacción sobre la institución de salud.

1.2.2.5 Alteraciones del sueño. Respecto a las alteraciones de sueño, Molt et al.

(2021) manifiestan que la mala calidad del sueño se vincula a un mayor riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, trastornos del ánimo, y afectación de las funciones cognitivas superiores como la atención. Por otro lado, Molt et al. (2021) también menciona que un estudio concluyó que más de un tercio del personal médico sufrió síntomas de insomnio durante el brote de COVID-19, situación que en alguna medida se volvió parte de la realidad de todo el mundo. Expresado de otra manera, las alteraciones del sueño acarrearán consecuencias como problemas de salud y disfunciones cognitivas.

De manera general, el sector de la salud siempre ha mantenido una preocupación por el bienestar mental y físico de los trabajadores en relación a las alteraciones del sueño; sin embargo, según expone Pappa et al. (2022), la prevalencia de mala calidad del sueño se ha incrementado, ya que un estudio iraquí realizado antes de la pandemia reveló que la prevalencia de mala calidad de sueño en médicos era de 45,5%, pero tras el brote de COVID-19, un estudio realizado en la misma región reveló que el 68,3% de los médicos notificaron mala calidad del sueño. Esta misma situación se vio en China a partir de un metaanálisis que reflejó que la prevalencia de trastornos del sueño durante la pandemia COVID-19 fue 45%, superior a la de antes del brote (39%).

Así mismo, el estudio de Giardino et al. (2020), revela que el 84.7% de todos los participantes reportaron mala calidad del sueño, el 73.7% reportaron insomnio y el 58.9% reportaron pesadillas durante la pandemia. De forma semejante Restrepo-Martínez et al. (2021) hallaron que el 25,7% de todas las mujeres y el 19,8% de todos los hombres de su muestra presentaban problemas de sueño e insomnio. También, Danet (2021) en su análisis estableció que, en Italia la alteración del sueño se reflejó entre el 8% y 55% de las participaciones totales, en España fue el 29% y en Reino Unido llegó hasta el 72%; del mismo modo, entre los trabajadores de primera línea, el área de enfermería descansó 5,6 h/día respecto a 6,2 h/día de descanso del resto de profesionales, además las mujeres presentaron en un 25% insomnio severo y muy severo, en relación al 4% en los hombres.

La principal consecuencia que el profesional sanitario enfrenta en cuanto a las alteraciones en el sueño, es que ve reducida su calidad de vida y las habilidades de resolución

de problemas. Korkmaz et al. (2020) afirman que, entre todos los trabajadores de la salud, las enfermeras han sido las más afectadas debido a que ellas llevan un ritmo intenso de trabajo, están junto a los pacientes por más largos periodos de tiempo, respondiendo a las necesidades de los pacientes y sus familias, son el vínculo de comunicación del equipo médico.

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

El mecanismo de afrontamiento frente a situaciones estresantes o que desbordan la capacidad del individuo para manejarlas, es un proceso psicológico complejo; por esta razón, el individuo desarrolla recursos conductuales, cognitivos y emocionales que le permite enfrentar al estresor (Narváez et al., 2021). Al respecto Mella-Morambuena et al. (2020) señala que el apoyo social es una de las estrategias más usadas. Así, el apoyo social y otras las estrategias de afrontamiento son variables indispensables para enfrenten una crisis.

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

En relación con este tema, Valiente-Barroso et al. (2020) describen que la inflexibilidad engloba seis procesos: atención flexible al momento presente, aceptación, difusión, el yo como contexto, valores y el compromiso con la acción, siendo causa de rigidez psicológica la sola ausencia de uno de ellos, implicando tanto sufrimiento humano como funcionamiento desadaptado. La inflexibilidad psicológica es el dominio rígido de las reacciones psicológicas cuando la persona intenta evitar experiencias internas no deseadas, difíciles y desagradables, incluso si esto causa problemas en la vida del individuo, lo que conlleva a la angustia, y reduce el contacto con la situación presente para la toma de decisión apropiada (Bond et al., 2011; y, Hayes et al., 2012); por otro lado, la flexibilidad es la capacidad de conectarse con el momento presente, adaptando los pensamientos y sentimientos (sin defensa innecesaria) a la situación, cambiando el comportamiento para encontrar el objetivo en cada situación (Hayes et al., 2012). Esto quiere decir que, la inflexibilidad psicológica impide al individuo afrontar situaciones negativas que afectan la salud mental.

Las experiencias de incertidumbre, la falta de control de la situación y las emociones desafiantes en cuanto a la pandemia por COVID-19, han llevado a las personas a explorar

sus límites en cuanto a su flexibilidad o inflexibilidad psicológica. Smith et al. (2020). expresan que la inflexibilidad psicológica exacerba de ansiedad, depresión y angustia relacionada con COVID-19, siendo importante la flexibilidad psicológica para amortiguar los efectos negativos en la salud mental durante la pandemia. Hernández-López et al. (2021) establecen que, en términos más generales, hay evidencia sustancial de que la alta inflexibilidad psicológica se asocia consistentemente con el sufrimiento, la psicopatología y la mala salud mental.

En base a lo mencionado, se establece que mientras menor sea la inflexibilidad psicológica en el personal de la salud, mayor es la aceptación que ellos tienen de las experiencias difíciles como es la pandemia, y mayores son los resultados positivos para la salud mental y bienestar.

1.3.2 Soledad y Apoyo social

La soledad puede definirse como un sentimiento aflictivo resultante de una insatisfacción relacionada con la calidad y cantidad de las relaciones sociales (Kobos et al., 2022). La soledad se relaciona con una serie de características personales, como son: locus de control externo, baja autoestima, sentimientos de alienación, timidez, y la creencia de que el mundo no es un lugar justo (Russell et al., 1980). Es importante destacar que la soledad no es el equivalente a estar solo, las personas pueden vivir vidas aparentemente solitarias y no sentirse solos, o pueden tener vidas sociales abundantes y aun así sentirse solos (Laham et al., 2021). La soledad constituye un factor de riesgo para la salud mental y física, convirtiéndose en un problema crítico desde el brote de la pandemia COVID-19, pudiendo ser causante de enfermedades cardiovasculares, y déficits de atención, cognición y del comportamiento, que afectan los mecanismos genéticos, neurales y hormonales (Kobos et al., 2022). Dicho de otra manera, la soledad tiene una connotación distinta para cada persona, pero para aquellas personas que sienten soledad constituye un factor negativo que puede repercutir gravemente en su salud integral.

Además, varios estudios han reportado que la soledad en el actual contexto pandémico está asociada con un aumento de la depresión, la ansiedad, ideación suicida, estrés y tuvo un impacto negativo en los síntomas de salud mental (Groarke et al., 2020). En

otras palabras, la soledad coadyuva en la generación de diversas alteraciones psicológicas que deterioran la salud mental.

Por otro lado, el apoyo social se refiere a la atención y el apoyo que las personas sienten que reciben de otras personas, teniendo un efecto positivo en la salud psicológica (Xiao et al., 2020), trayendo empatía y bienestar emocional que mejora el estado de ánimo y constituye un enfoque crítico para reducir la ansiedad en las personas (Zhu et al., 2020). Lo anterior quiere decir que, las personas que cuentan con un adecuado apoyo social mantienen en buen estado su salud mental.

Según Labrague y De los Santos (2020), las enfermeras y médicos que han percibido niveles más altos de apoyo social y organizacional, sumado a las habilidades positivas de afrontamiento y resiliencia, redujeron la ansiedad relacionada con la COVID-19. El apoyo social podría también ayudar a los trabajadores de la salud a reducir el estrés y mejorar su calidad del sueño (Fang et al., 2021). Bajo todo este contexto, es claro que el apoyo social durante la pandemia por COVID-19, resulta beneficioso no solo para la salud del personal sanitario, sino que también favorece el desempeño laboral, la seguridad del personal de salud, a sus familias y al paciente.

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se relacionan con la facultad que tiene un individuo para enfrentar una situación difícil o perjudicial; en relación con esto, Quispe (2021) define el afrontamiento como las fortalezas cognitivas y comportamentales desarrolladas para manejar los requerimientos específicos, considerados como circunstancias que sobrepasan los medios del individuo. Es decir, en el momento en que se presentan circunstancias que superan las habilidades normales de la persona, entonces cognitivamente se generan estrategias y reacciones encaminadas a afrontar la crisis.

Las estrategias de afrontamiento se ajustan básicamente a dos categorías: estrategias de compromiso o adaptativas basadas en acciones y emociones que permitan enfrentar emociones y situaciones desfavorables que causan desequilibrio en la persona; y, las estrategias de falta de compromiso o desadaptativas que le permiten al individuo huir y

desvincularse de una amenaza (Peñafiel-León et al., 2021). Lo señalado, significa que un individuo que enfrenta una amenaza se puede comportar de dos maneras, se involucra en la situación para afrontarla, o a su vez la abandona.

Al inicio de la pandemia las estrategias eran: comunicación y apoyo con la familia, aprendizaje sobre la enfermedad, trabajo en equipo, descanso, ejercicio, que los profesionales sepan cuidarse a sí mismos antes de atender a casos de COVID-19, y mantener apoyo psicológico (Coggiola et al., 2021). También forman parte de estas estrategias de afrontamiento la necesidad del distanciamiento social y su ejecución, comunicación activa de las estrategias de apoyo a cargo de las organizaciones, y protocolos claros para el uso de equipo de protección (Dullius et al., 2021). Así, las estrategias de afrontamiento han ayudado al personal de salud a sobrellevar la emergencia sanitaria, tomando medidas que dependen tanto del individuo como de la colectividad.

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

Al inicio de la pandemia, específicamente en los meses de picos más altos de contagio, el reto que enfrentó Ecuador fue la capacidad asistencial de las instituciones de salud, que conforme lo menciona el MSP (2021), en los hospitales fue necesario adecuar y ampliar los espacios existentes para gestionar el incremento de pacientes por COVID-19 con varios niveles de complicaciones, así el MSP realizó esfuerzos para incrementar las camas y los equipos para enfrentar la enfermedad. En otras palabras, durante la pandemia se saturaron las unidades de atención a pacientes con COVID-19, de manera que fue necesario adecuar las infraestructuras y habilitar equipos para satisfacer la demanda.

En tal sentido Mena y Casalí (2021) establecen que las dificultades para la salud pública han sido: brindar el acceso o cobertura de la salud; manejar el impacto económico generado por atenciones a COVID-19, que abarca los recursos de curación, prevención, atención prehospitalaria, diagnóstico, medicamentos y dispositivos médicos; gestionar fallecidos; disminuir las atenciones médicas en consulta externa, emergencia y hospitalización de otras enfermedades para así priorizar la atención de los casos de COVID-19. Otra situación importante según Villalobos et al. (2022), fue la organización del talento

humano en las instituciones de salud que en pandemia se han enfrentado a la escasez de personal. Situaciones que de una u otra forma cada ciudad e incluso cada institución fue solucionando en la medida de sus posibilidades y sobre la marcha para enfrentar la crisis sanitaria; por ejemplo, incrementando las jornadas de los trabajadores sanitarios, lo cual repercute en su salud física y mental.

Por otro lado, la pandemia puso de manifiesto las falencias que el sistema de salud ecuatoriano ha venido acumulando desde hace años atrás, referente a esto Velasco et al. (2020) explican que la gestión del MSP se ha manejado con gerentes que le han dado un enfoque curativo a la salud y no de prevención, además se reflejó las debilidades del sistema de vigilancia epidemiológica que involucra el cierre del Instituto Izquierda y la creación del INSPI, esto sumado a la corrupción y desvío de fondos destinados al sector de la salud que incrementa la ineficiencia técnica. Esto quiere decir que, el sistema de atención a la salud pública no estuvo enfocado a la vigilancia, promoción y prevención de la salud,

En relación a los planes de prevención y mitigación de los contagios de COVID-19, el MSP (2020b), en conjunto con la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud y la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, ha establecido los Lineamientos de Prevención y Control para Casos SARSCOV2/COVID-19, los cuales establecen y fortalecen medidas de prevención y control de la enfermedad COVID-19, que incluye el uso apropiado de equipos de protección personal en todas las tareas y ámbitos de acción y cuidados: hospitalario, pre-hospitalario, ambulatorio, laboratorio, emergencias, puntos de entrada, atención domiciliaria y en espacios públicos; además establece los cuidados del personal de salud en cuando al uso de mascarillas, batas, guantes y protección facial; y se tiene también, cuidados ante casos confirmado y sospechosos de contagio. Es decir, durante la emergencia sanitaria las entidades gubernamentales de salud se preocuparon de establecer las medidas para prevenir y controlar la enfermedad en áreas hospitalarias, públicas y domiciliarias, lo cual incluyó el uso adecuado del equipo de protección personal y precauciones respecto a los casos positivos de COVID-19.

Otra estrategia para la prevención de contagios de COVID-19 y promoción de la salud, ha sido la ejecución de telesalud, que según Palacios et al. (2021) se efectúa conforme a los lineamientos de la OMS y del MSP del Ecuador, que ha permitido abarcar una mayor cantidad de pacientes con enfermedades no infecciosas, asesorar a pacientes con enfermedades crónicas y evitar la movilización hacia los centros de salud donde preferentemente se han atendido casos de COVID-19. Dicho de otra manera, durante la pandemia la atención en las casas de salud ha sido exclusivamente para aquellas personas enfermas con COVID-19, y se evitó el desplazamiento de aquellos pacientes no infectados mediante la atención médica virtual.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2022.

2.1.2 Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los 65 servidores de salud de dos clínicas y un hospital privado del sector norte la ciudad Quito.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra.
- Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante.
- Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante.

2.2 Preguntas de investigación

Para el desarrollo de este trabajo de tesis se han planteado las siguientes preguntas de investigación que orientan la ejecución de la investigación:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los 65 servidores de salud de dos clínicas y un hospital privado del sector norte la ciudad Quito?
- ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación 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

Con la finalidad de que esta investigación permita cumplir los objetivos propuestos y dar respuesta a las preguntas de investigación, se plantea desarrollar una investigación de tipo no experimental, transversal con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, mediante la ejecución de un muestreo no probabilístico accidental.

2.3.1 No experimental

Se propone la realización de una investigación de tipo no experimental, ya que no se plantea la manipulación de variables, sino que “por el contrario se observa los hechos en un contexto natural” (Ríos, 2017, p.84). En esta investigación no se va a intervenir en el curso natural de los eventos, simplemente se va a observar la ocurrencia, para posteriormente realizar un análisis de la información recopilada.

2.3.2 Transversal

El estudio de tipo transversal (transeccional), corresponde a la clasificación de diseños de estudios no experimentales, y según Rodríguez y Mendivelso, (2018, p.142) “el investigador realiza una sola medición de la o las variables en cada individuo (número de mediciones)”. Este trabajo de tesis se desarrolla realizando la recolección de datos en una sola ocasión en un momento específico, en los meses de mayo y junio, a los profesionales del área de la salud que conforman la muestra participante.

2.3.3 Descriptiva

Esta investigación tiene un alcance descriptivo, ya que para cada variable investigada se recolecta información que permite describirlas en base el problema que se está investigando, que es la salud mental en los trabajadores sanitarios durante la pandemia por COVID-19. Conforme a esto, Guevara et al. (2020) exponen que la investigación descriptiva “se encarga de puntualizar las características de la población que está estudiando. La información suministrada por la investigación descriptiva debe ser verídica, precisa y sistemática. Se debe evitar hacer inferencias en torno al fenómeno”.

2.3.4 Cuantitativa

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que sigue una secuencia estructurada de actividades, considera investigaciones previas de diversos autores, plantea la necesidad de medir el problema de estudio que es la salud mental en el personal de sanitario, utilizando principalmente cuestionarios, y pretende que los resultados se puedan analizar estadísticamente e inferir en base a los cuestionamientos previos. Lo mencionado se corresponde con lo señalado por Sánchez (2019), quien establece que:

La investigación bajo el enfoque cuantitativo se denomina así porque trata con fenómenos que se pueden medir ... a través de la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de los datos recogidos, su propósito más importante radica en la descripción, explicación, predicción y control objetivo de sus causas y la predicción de su ocurrencia a partir del desvelamiento de las mismas, fundamentando sus conclusiones sobre el uso riguroso de la métrica o cuantificación, tanto de la recolección de sus resultados como de su procesamiento, análisis e interpretación, a través del método hipotético-deductivo. (p.104)

2.3.5 Población y muestra

Respecto a la población y muestra de estudio Robles (2019, p.245) establece que “la población objeto de estudio en una investigación, es el conjunto total de elementos de interés y la muestra un subconjunto de la población”. En el presente estudio la población es el personal sanitario de Ecuador, y la muestra participante está constituida por 65 profesionales de la salud de dos clínicas y un hospital privado del sector norte la ciudad Quito.

2.3.5.1 Muestreo no probabilístico accidental. El tipo de muestreo que se emplea en esta investigación es el no probabilístico, ya que la muestra de estudio la elige el investigador en base a criterios y características que el considera pertinente. Dentro de este tipo de muestreo se encuentra el muestreo accidental no probabilístico, que según Otzen y Manterola (2017), se basa en reclutar casos hasta tener el número de sujetos necesario para completar el tamaño de muestra deseado, el investigador elige un lugar, del cual recluta los sujetos de estudio de la población que casualmente está a su disposición. En otras palabras,

este muestreo consiste en seleccionar directamente los sujetos que participarán en la investigación, en base a criterios que no están vinculados a ningún análisis previo.

El método de muestreo utilizado es no probabilístico accidental, ya que para el estudio no se han publicado avisos para reclutar a los participantes, sino que se ha decidido seleccionar en tres instituciones privadas de atención médica, para invitar a 65 profesionales con título de tercer nivel o superior (médicos, obstétricas, enfermeras, bioquímicos de laboratorio, licenciados de terapia física, radiólogos), quienes deben haber ejercido su profesión en la institución en el último año y deben haber atendido casos de COVID-19. Siendo importante contar con una participación homogénea respecto a sexo o edad de los profesionales de la salud.

2.4 Criterios de inclusión / exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión que permiten llevar a cabo el muestreo no probabilístico accidental para la ejecución de esta tesis son:

Criterios de inclusión

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

Criterios de exclusión

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

En base a estos criterios, se selecciona la muestra que formará parte de su investigación, para la aplicación y recolección de datos.

2.5 Instrumentos de recogida de información

En cuanto a las técnicas de recolección de información, es necesario aplicar un conjunto de instrumentos de medición sobre las variables que se consideran en la investigación, estos instrumentos son autoaplicados y llenados a mano. Por lo tanto, los participantes deberán someterse a la aplicación de distintas escalas psicológicas y el levantamiento de información sociodemográfica, los instrumentos que se utiliza, son: cuestionario sociodemográfico y laboral (AD HOC); inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS); escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21); cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7; escala de soledad (UCLA-3); e, índice de calidad de sueño (PSQI).

2.5.1 Cuestionario ad hoc sociodemográfico laboral

Se ha elaborado un cuestionario AD HOC para recoger información sociodemográfica laboral, así como preguntas respecto a la influencia del trabajo en la vida privada. Este cuestionario es una herramienta de fácil aplicación a los profesionales de la salud, que consta de ítems respecto a información sociodemográfica: género, edad, número de hijos, ciudad de trabajo, nacionalidad, estado civil, zona en la que trabaja y rango de remuneración, y de ítems de información laboral: profesión, título, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turno, recursos de trabajo necesarios que provee la institución, tiempo de experiencia laboral, tiempo de jornada laboral, tipo de institución en la que labora, y si ha atendido pacientes con riesgo de muerte. Además de tres preguntas relacionadas a la influencia negativa de las condiciones de trabajo en la vida privada.

Lo expuesto en el cuestionario no estandarizado AD HOC sociodemográfico laboral, permite corroborar los criterios de inclusión y exclusión de cada muestra participante.

2.5.2 Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

Existen tres versiones de Maslach Burnout Inventory (MBI), de la cuales la versión Human Services Survey (MBI-HSS), es la utilizada para servicios de salud (Shaufeli, 2017, citado en Pereira et al., 2021). El uso del inventario Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) permite medir el estrés laboral crónico en los profesionales sanitarios, se compone 22 preguntas en las cuales la persona debe señalar la frecuencia con la cual experimenta cada

sentimiento descrito que contemplan las dimensiones de: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal. Las opciones de respuesta para cada pregunta se enmarcan en una escala de Likert que va de 0 a 6, que tiene las opciones de: 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, y diariamente.

Respecto a las propiedades psicométricas de consistencia interna y confiabilidad del inventario MBI-HSS, Maslach et al. (1986, citado en Gillaa et al., 2019) señalan que:

las subescalas del MBI-HSS muestran índices de consistencia interna adecuados que superan el criterio de 0.70 recomendado por Nunnally y Bernstein (1994), a excepción del factor Despersonalización, que presenta los coeficientes más bajos (Gil-Monte y Peiró, 1999) con valores alfa entre .30 y .79 (MedaLara et al., 2008; García-Izquierdo, Sáez-Navarro, y Llor-Esteban, 2000). Al respecto, debe destacarse que estos valores pueden deberse a la poca longitud de la escala, dado que el valor alfa depende del número de ítems. Igualmente, se ha encontrado una alta confiabilidad test-retest a lo largo de los diferentes estudios (pp.181-182).

Algunos puntos de corte utilizados en la literatura para medir el burnout, se establecen en la tabla 6:

Tabla 6

Puntos de corte del MBI según distintos autores.

Punto de corte	Maslach y Jackson (1986/1997) N: 11.067 EE.UU.			Gil-Monte y Peiró (2000) N: 1.188 España			Schaufeli y Van Dierendonck (1995) N: 142 Holanda		
	R.P.	A.E.	D.P.	R.P.	A.E.	D.P.	R.P.	A.E.	D.P.
Alto	≤32	≥27	≥13	≤36	≥25	≥9	≤26	≥34	≥12
Medio	38-32	26-17	12-7	39-36	24-16	8-4	28-26	33-26	11-6
Bajo	≥39	≤16	≤6	≥40	≤16	≤4	≥29	≤26	≤6

Nota. R.P: Realización Personal; A.E: Agotamiento Emocional; D.P: Despersonalización; SBO: Síndrome de Burnout. Adaptado de Maslach y Jackson (1986/1997), Gil-Monte y Peiró (2000), y Schaufeli y Van Dierendonck (1995).

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

Se emplea la versión abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), esta escala de autorreporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Medrano y Becerra, 2022). Está conformado por 21 ítems que componen tres subescalas de: depresión, ansiedad y estrés, en base a lo señalado por González-Rivera et al. (2020), cada ítem se debe responder conforme a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana, mediante una escala Likert de respuesta de 4 puntos, cuyos límites van desde la respuesta nada a la respuesta la mayor parte del tiempo. En el presente estudio la escala Likert que va de 0 a 3 puntos, que corresponde a las opciones: Nada aplicable en mí, aplicable a mí en algún grado, aplicable en mí en alto grado, y muy aplicable en mí, de las cuales el participante debe elegir una en cada ítem. Además, González-Rivera et al. mencionan que cada subescala tiene siete elementos, la puntuación total es la suma de esos elementos y varía entre 0 y 21 puntos; así, una puntuación más alta indica una mayor sintomatología. Adicionalmente, González-Rivera et al. establecen que los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 pertenecen a la escala de estrés, los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 a la escala de depresión, y los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 a la escala de ansiedad.

Según Lovibond y Lovibond (1995), se demostró que:

el DASS poseía propiedades psicométricas satisfactorias, y la estructura factorial se confirmó mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En comparación con el BDI y el BAI, las escalas DASS mostraron una mayor separación en las cargas factoriales. La escala de ansiedad del DASS correlacionó 0,81 con el BAI, y la escala de depresión del DASS correlacionó 0,74 con el BDI. (p.1)

En cuanto a la validez y confiabilidad de esta escala, Obando-Zegarra et al (2020) señalan que la escala DASS-21 fue validada en Perú por Polo en año 2017, determinando la validez satisfactoria de constructo y de los ítems, siendo entre 0,467 y 0,662 para depresión, de 0,447 a 0,665 en ansiedad y entre 0,524 a 0,656 para la dimensión de estrés; además determinó una alta confiabilidad mediante los coeficientes de alfa de Cronbach y alfa ordinal,

siendo 0,844 para la dimensión depresión, 0,833 para la ansiedad y 0,826 para la dimensión estrés.

Finalmente, Lovibond y Lovibond (1995) para estas escalas sugirieron puntajes de interpretación o puntos de corte basados en normas percentiles para diferenciar los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés entre leve, moderado, severo y extremadamente severo. Crawford (2003) toma en la versión británica del DASS los puntajes de corte originales basándose en las puntuaciones percentiles de 0-78 normal, 78-87 leve, 87-95 moderado, 95-98 grave y 98-100 extremadamente grave, y señala que estas normas originales se basaron principalmente en estudiantes, por lo que la generalización de los resultados a la población normal es incierta. “Algunos estudios han determinado puntajes de corte de las escalas del DASS-21 para grupos específicos” (Román et al., 2016, p.2328).

Tabla 7

Puntos de corte para determinar síntomas emocionales

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0 a 4	0 a 3	0 a 7
Leve	5 a 6	4	8 a 9
Moderada	7 a 10	5 a 7	10 a 12
Severa	11 a 13	8 a 9	13 a 16
Extremadamente severa	≥ 14	≥ 10	≥ 17
Normal	0 a 4	0 a 3	0 a 7

Nota: Tomado de Zuñiga-Blanco y Soto-Rodríguez (2021).

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

En este trabajo de titulación se utiliza la segunda versión del cuestionario aceptación y acción de 7 ítems (AAQ - II) 7, cuyo nombre en inglés es avoidance and action questionnaire permite medir la inflexibilidad psicológica, al respecto Bond et al. (2011) establece que el AAQ-II consta de 7 ítems e involucra los constructos de: variedad, aceptación, evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Como lo explica Martín et al. (2022), para los 7 ítems se emplea una escala de Likert que puntúa entre 1 y 7, de manera que se suman las puntuaciones dadas a cada ítem, obteniendo un valor mínimo de 7 y un máximo de 49; así, a mayor puntuación, mayor evitación experiencial, es decir menor flexibilidad psicológica y posibilidad de aceptación. En el presente trabajo los participantes deben responder cada ítem

con las opciones de: nunca es verdad, muy rara vez es verdad, rara vez es verdad, a veces es verdad, con frecuencia es verdad, casi siempre es verdad, y siempre es verdad.

En cuanto a las propiedades psicométricas de esta prueba, Bond et al. (2011, citado en Jaramillo et al., 2022) señala que los estudios han reflejado que el cuestionario AAQ-II tiene un coeficiente α de Cronbach de 0.93 para hombres y de 0.95 mujeres para la confiabilidad de consistencia interna. Además, Bond et al. (2011) establece que el AAQ-II parece medir el mismo concepto que el AAQ-I ($r = .97$) pero con una mejor consistencia psicométrica.

Respecto a los puntos de corte Bond et al. (2011) sugirieron un corte entre 24 y 28 en la puntuación total para indicar la presencia de inflexibilidad psicológica clínicamente significativa. Mientras que, Ong et al. (2019) recomendaron que las puntuaciones entre 28 y 32 podrían ser utilizadas como punto de corte para establecer la inflexibilidad. Para el presente trabajo de titulación se considera que, una media superior a 28 puntos denota inflexibilidad psicológica, de manera que refleja una mayor inflexibilidad en el valor máximo (49); mientras que, una media menor a 28 puntos indica flexibilidad psicológica, y la mayor flexibilidad se refleja en el puntaje más bajo (7).

2.5.5 Escala de Soledad (UCLA-3)

Se emplea la Escala de Soledad UCLA-3, de la Universidad de Los Ángeles California (UCLA), la versión de 3 ítems que es una versión corta del cuestionario más largo desarrollado por Russell et al. (1980). En el estudio realizado por Johnston y Lee (2021), los participantes calificaron la frecuencia con la que sentían falta de compañía, excluidos o aislados durante los respectivos períodos de bloqueo, usando una escala Likert de 4 puntos determinada por nunca, rara vez, a veces y a menudo. Para la presente investigación los 3 ítems se describen como: 1. ¿Con qué frecuencia siente que echa de menos tener compañía?, 2. ¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?, y 3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado?, que se responden con una escala Likert que van con de 1 a 4, que corresponde a nunca, rara vez, a veces, y siempre, en base a la experiencia del participante en los últimos días.

Johnston y Lee también indica que los coeficientes de confiabilidad fueron $\alpha=0.87$ y $\alpha=0.84$ en un primer y segundo momento respectivamente. Por otro lado, respecto a las características psicométricas, Vázquez-Morejón y García-Bóveda (1994) señala que para la versión en español de la Escala de Soledad UCLA Revisada, la fiabilidad interna tiene el valor del coeficiente alfa de 0.9443, la consistencia interna de los cuatro ítems añadidos a la versión reducida tiene un coeficiente alfa de 0.749. Mientras que, en cuanto a la fiabilidad temporal, la correlación test-retest en las puntuaciones totales es $r=0.7028$ y para la versión abreviada es 0.7056.

Por último, respecto al punto de corte, Müller et al. (2021) explica que después de responder los tres ítems de UCLA, con una escala entre 0 a 3, se calcula la suma de la puntuación total, donde la puntuación de corte mayor a 6 indica soledad. Acorde con esto, Cabello et al. (2022) señala que en la escala UCLA de soledad de tres preguntas, las puntuaciones para cada pregunta se suman con un rango de puntuaciones de 3 a 9, y propone que las puntuaciones superiores a 6 indican sentimientos de soledad. En cuanto al presente trabajo de titulación, se considera que una media superior a 7.5 indica que la persona tiene mayores sentimientos de soledad, mientras que una media inferior a 7.5 refleja mayor percepción de apoyo social.

2.5.6 Índice de calidad de sueño (PSQI)

El índice de calidad de sueño PSQI (por su nombre en inglés Pittsburgh Sleep Quality Index), permite valorar la calidad de sueño de los participantes mediante ítems que están dentro de varias dimensiones, cuyas respuestas se basan en las experiencias que el individuo ha tenido en el último mes, las primeras 4 preguntas son de respuesta directa, y las siguientes preguntas se vinculan a cuatro opciones de respuestas dentro de una escala Likert. Buysse et al. (1989) señala que este índice tiene 19 ítems que generan siete componentes que son: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna.

Respecto a las características paramétricas del PSQI, Sánchez-Esquiche et al. (2021) señala que la versión en español del PSQI tiene una “consistencia interna (Coeficiente de

Cronbach) de 0.81, con una sensibilidad de 88.63%, una especialidad del 74.99% y un VPP valor predictivo positivo de 80.66%.

Finalmente, en cuanto al punto de corte, Jerkovic et al. (2022) acoge la puntuación de corte 5 generalmente aceptada. En congruencia con lo descrito, Buysse et al. (1989) sugieren que quienes obtengan puntajes globales de más de cinco deben clasificarse como durmientes pobres, quienes tengan puntajes menores a cinco o igual deben clasificarse como durmientes buenos.

2.6 Procedimiento

En la elaboración de este trabajo de tesis se han ejecutado varias actividades para desarrollar los capítulos que conforman el documento de investigación. Es así que, para desarrollar el marco teórico ha sido necesario realizar una exhaustiva investigación bibliográfica; para llevar a cabo la metodología establecida, se ha requerido de la recolección de datos mediante la aplicación de instrumentos psicológicos; y el análisis de resultados se ejecuta una vez recopilados los datos.

2.6.1 *Revisión de la literatura para redacción del marco teórico*

En el marco teórico se ha plasmado una redacción basada en el análisis de los textos y documentos científicos de diversos autores. Para la obtención de las diversas fuentes bibliográficas de calidad, se utilizaron principalmente 4 bases de datos científicas: Scopus, Science Direct, Redalyc y Dialnet, también se emplearon 3 buscadores académicos: Google Scholar, Semantic Scholar y World Wide Science. Además, se buscó directamente en las páginas web de organizaciones internacionales y de instituciones gubernamentales como: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Secretaría de Salud del Municipio de Quito, y Observatorio Social del Ecuador. Para lograr la recuperación de fuentes bibliográficas actuales se restringió la búsqueda de las publicaciones de investigaciones realizadas como máximo con 5 años de antigüedad, pero sin exceptuar la bibliografía clásica que en las últimas décadas ha enriquecido los trabajos actuales en cuanto a la salud mental. La búsqueda de textos y documentos científicos que contienen información

concreta y acorde al tema establecido en la presente investigación, se realizó usando palabras claves en dos idiomas, en español e inglés, en conjunto con operadores booleanos que optimizaron la búsqueda.

2.6.2 *Diseño de investigación y muestra*

Esta tesis consiste en una investigación No Experimental, ya que se observó la ocurrencia de los eventos de manera natural, pues no se manipularon las variables de salud mental en los profesionales del área de la salud. La recolección de datos se realizó en una sola ocasión en un momento específico entre los meses de mayo y junio, puesto que es una investigación de tipo transversal. Esta investigación permite conocer el estado salud mental (ansiedad, depresión, estrés, burnout y alteraciones del sueño) en los trabajadores sanitarios en Ecuador durante la pandemia por COVID-19 mediante la descripción de las características de las variables.

Para desarrollar la investigación se siguió una secuencia estructurada de actividades, se revisaron trabajos previos de diversos autores, se recolectó datos respecto al estado de salud mental del personal sanitario en cada una de las variables de estudio aplicando escalas y cuestionarios para describirlas respecto al problema estudiado, y además poder realizar un análisis estadístico de los datos obtenidos, lo cual le da un enfoque cuantitativo a esta investigación.

Para este estudio se ha optado por el muestreo no probabilístico accidental, se eligieron tres instituciones de atención médica, dos clínicas y un hospital privado. Se tuvo una muestra recolectora y procesadora de datos de 65 profesionales con título de tercer nivel o superior, entre ellos estuvieron: médicos, obstétricas, enfermeras, bioquímicos de laboratorio, licenciados de terapia física, radiólogos, quienes han estado ejerciendo su profesión en el último año y han atendido casos de COVID19.

2.6.3 *Recogida de información*

Para recolectar los datos que constituyen esta investigación, se llevaron a cabo varias actividades que se detallan a continuación:

- Se realizaron llamadas a diversas instituciones de salud desde el 19 de abril hasta el 2 de mayo, solicitando autorización para recolectar datos. Una gran parte de ellas no aceptaban la realización de trabajos académicos.
- Se enviaron 27 oficios de solicitud desde el 21 de abril hasta el 2 de mayo, para la recopilación de datos a una muestra de 40 profesionales sanitarios a las instituciones de salud, quienes, sin ofrecer una respuesta preliminar favorable, debían analizar los oficios y la documentación adjunta para emitir una respuesta.
- De los 27 oficios enviados a las instituciones de salud: 7 dieron una respuesta positiva, de las cuales solo 3 brindaron las facilidades todas las facilidades para la recolección de datos, 12 no respondieron, 5 señalaron que no tenían interés en el tema de investigación ya que ellos ya habían aplicado cuestionarios similares a su personal, y 3 rechazaron la solicitud ya que no se contaba con la información suficiente que ellos requerían como: aprobación de estudio observacional, protocolo de estudio observacional, declaratoria de compromiso de confidencialidad de todos los investigadores, declaratoria de conflicto de interés de los investigadores, operacionalización de variables y factibilidad del estudio, anteproyecto, y certificación de revisión del estudio del Tutor metodológico y director de tesis.
- Aquellas instituciones que respondieron lo hicieron entre el 28 de abril hasta el 13 de mayo.
- Se seleccionaron las tres instituciones de salud que brindaron las facilidades para el muestreo, dos clínicas y un hospital privado, donde se aplicaron las encuestas desde el 6 de mayo hasta el 17 de junio. Para ello, se dio una charla de cómo llenar los instrumentos, ya que en las tres instituciones se dejaron los instrumentos para que sean llenados paulatinamente por el personal sanitario conforme a los turnos laborales de cada institución, estos instrumentos fueron retirados entre 7 a 15 días después, alcanzando un total de 65 muestras recolectoras y procesadoras de datos.

- Los datos recolectados por el método lápiz y papel, mediante instrumentos psicológicos, fueron procesados empleando la aplicación web <https://arcg.is/zu8GG>.

2.6.3.1 Consentimiento informado de participantes. Previo al proceso de recopilación de información, fue indispensable dar a conocer a los participantes: el propósito de la investigación, como se aplicarán los instrumentos psicológicos para el estudio, los beneficios que su participación le otorga al estudio, la carencia de riesgos a la salud, la confidencialidad de los datos otorgados, y la participación voluntaria con la oportunidad de retirar su participación en cualquier momento en caso de que en así lo decida.

Se entregó a cada participante el “Consentimiento informado” que consta en el apéndice A, para que lo lean y lo firmen declarando conocer la investigación sobre la “Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador” y aceptando otorgar su información respecto a su estado de salud mental actual. De esta manera, los voluntarios aceptaron su participación en el presente proyecto.

2.6.3.2 Método de aplicación y recolección de datos. En cuanto a las técnicas de recolección de datos, fue necesario aplicar un conjunto de instrumentos de medición sobre las variables que se consideraron en esta investigación. Por lo tanto, los participantes se sometieron a la aplicación de distintas escalas psicológicas y para el levantamiento de información sociodemográfica, los instrumentos que se utilizaron fueron: cuestionario sociodemográfico y laboral, inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21), cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7, escala de soledad (UCLA-3), e índice de calidad de sueño (PSQI). Todos los instrumentos mencionados se encuentran en el apéndice B.

Para la aplicación de los instrumentos psicológicos se empleó el método de lápiz y papel, que consiste en llenar los cuestionarios a mano con esferográfico. Previo a la aplicación de los instrumentos se pidió a los participantes: llenar los instrumentos con claridad, poner información real, ser sinceros, completar todas las preguntas, en lo posible evitar hacer enmendaduras en sus respuestas, no olvidar firmar el consentimiento informado, y escribir su número de cédula en el desprendible.

2.6.4 Análisis de base de datos

Con el objetivo de que la información recolectada en las instituciones de salud, sea procesada correctamente, primero se segregan y seleccionan solo aquellas muestras que están completas, es decir que los cuestionarios hayan sido llenados en su totalidad. En este estudio, las 65 muestras se tabularon, y analizaron en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 25 (SPSS, por sus siglas en inglés). Los datos procesados se analizan mediante estadística descriptiva para las variables cuantitativas y se emplearán frecuencias y porcentajes para describir las variables nominales.

Capítulo tres

Análisis de resultados y discusión

3.1 Análisis de resultados

Con la finalidad de alcanzar el primer objetivo de esta investigación se aplicó un cuestionario Ad-Hoc, cuyos resultados son expuestos en la tabla 8, los mismos refieren que la mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres (69.2%), con predominio del estado civil solteros (60%), los cuales tienen una edad media de 34 años. En lo que se refiere a las características laborales, en promedio el personal tiene aproximadamente 8 años de experiencia y la mayoría trabaja a tiempo completo (66.2%) en el sector privado (95.4%), realizando turnos (87.7%) con jornadas de 12 horas promedio al día.

Tabla 8

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	20	30.8%		
	Femenino	45	69.2%		
Estado civil	Soltero/a	39	60.0%		
	Casado/unión libre	22	33.8%		
	Divorciado/a	4	6.2%		
Trabajo por turnos	Si	57	87.7%		
	No	8	12.3%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	43	66.2%		
	Tiempo parcial	22	33.8%		
Tipo de institución	Pública	3	4.6%		
	Privada	62	95.4%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		34.08	60	23	8.80
Horas de trabajo por día		12.00	24	4	5.95
Experiencia laboral		7.88	34	1	8.56

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

En relación al segundo objetivo, se presenta la tabla 9 en donde a través del inventario del estrés laboral crónico de Maslach (MBI-HSS), se muestran que 4 de cada 10 de los participantes tienen un nivel medio a alto tanto de agotamiento emocional (38.4%), como de despersonalización (36.9%) y en la misma proporción, pero en un nivel medio a bajo de realización personal (40%).

Tabla 9*Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud*

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	40	61.5%
	Medio	16	24.6%
	Alto	9	13.8%
Despersonalización	Bajo	41	63.1%
	Medio	9	13.8%
	Alto	15	23.1%
Realización personal	Alto	39	60.0%
	Medio	11	16.9%
	Bajo	15	23.1%

Nota: Estrés laboral crónico de Maslach (MBI-HSS)

Referente al tercer objetivo se aplicó el cuestionario DASS-21 para identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión, los resultados se resumen en la tabla 10, en la cual, se observa que una pequeña porción percibe niveles de moderado a severo de estrés (6.1%), la cuarta parte perciben niveles de moderado a severo de ansiedad (24.6%) y 1 de cada 10 participantes perciben niveles de moderado a severo de depresión (10.8%).

Tabla 10*Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
Estrés	Leve	61	93.8%
	Moderado	3	4.6%
	Severo	1	1.5%
Ansiedad	Leve	49	75.4%
	Moderado	11	16.9%
	Severo	5	7.7%
Depresión	Leve	58	89.2%
	Moderado	6	9.2%
	Severo	1	1.5%

Nota: Cuestionario de salud mental DASS-21

Para alcanzar el cuarto objetivo se empleó el inventario AAQ-II (7) y el UCLA-3, los resultados se muestran en la tabla 11. En cuanto a la variable de inflexibilidad psicológica su

media (14.4) está en el rango de valores mínimos de la escala, lo que refleja que los participantes afrontan positivamente las adversidades que se les presenta cotidianamente. En el caso de la percepción de soledad su promedio (5.42) está cerca al punto medio de la escala, lo que indica que la mayoría de los participantes no sienten soledad, sin embargo, están muy próximos a percibirla.

Tabla 11

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	14.14	37.00	7.00	6.78
Percepción de soledad	5.42	9.00	3.00	1.69

Nota: Inventario AAQ-II (7) y UCLA-3

Finalmente, en cuanto al quinto objetivo planteado, se utilizó como instrumento el índice de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI), los resultados del cuestionario de calidad de sueño que se muestran en la tabla 12, reflejan que en general los profesionales encuestados tienen buena calidad de sueño, pues solo un tercio de ellos tiene dificultad media para dormir (35.4%), mientras que ninguno señala alta dificultad para dormir.

Tabla 12

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	2	3.1%
	Dificultad Baja para dormir	40	61.5%
	Dificultad Media para dormir	23	35.4%
	Dificultad Alta para dormir	0	0.0%

Nota: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

3.2 Discusión

Discusión de los resultados obtenidos para cumplir el primer objetivo que es identificar las características sociodemográficas y laborales de los 65 servidores de salud de dos clínicas y un hospital privado del sector norte la ciudad Quito:

En relación a las características sociodemográficas, la mayoría de los participantes en este estudio son mujeres con el 69.2%, respecto al estado civil solteros con el 60% y de una

edad media de 34 años. Esto es bastante aproximado a los resultados de la investigación de Medrano y Becerra (2022) realizada en México, donde la mayoría de los entrevistados también fueron mujeres con el 62.7%, el 66.2% solteros y el 58.6% se encuentran entre 26 y 35 años. Además, estos valores no están tan alejados de aquellos presentados en el estudio de Cardoso et al. (2021) realizado en Portugal, donde el 77,1% de participantes son del género femenino, con edad media de 38,09 años; sin embargo, difiere en cuanto al estado civil, el 59,4% se reportan casados o en unión estable, y el porcentaje de solteros 35,0%. Du et al. (2020) también encontraron en China que la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres (60.5%), la edad media es de 36.0 años; pero, en cuanto al estado civil, supera el porcentaje de casados con el 85.8%. Por lo tanto, no existe una relación directa entre los estudios respecto a los datos sociodemográficos.

Respecto a las características laborales, la mayoría de participantes que representa el 66.2% trabaja a tiempo completo, y el 87.7% de los participantes realizan turnos de 12 horas en promedio. Este volumen de profesionales que trabajan por turnos es congruente con lo señalado en el trabajo de Vera Cohaila (2021) en Perú, donde el 77.42% de los participantes trabaja por turnos. Así mismo en el estudio de Muñoz-Cobo et al., en España, se indica que el 75.74% de los encuestados realizan turnos. Y finalmente Majumdar et al., en India, registran un 71.43% de encuestados que tiene turnos de trabajo. Por otro lado, las horas promedio por turno concuerda con el estudio de Vera Cohaila (2021) en Perú, donde la mayoría realiza turnos de trabajo de 12 horas o más. Por otro lado, Narváez et al. (2020) en su estudio en Ecuador, señala turnos de trabajo extendidos hasta 24 horas cada tercer, cuarto o quinto día. Así también Patiño (2021) en su trabajo realizado en Ecuador menciona turnos de trabajo de 12 y 24 horas. Esto indica que el grupo de estudio tuvo turnos de trabajo con periodos comparables a los de otros grupos de profesionales que atendieron casos COVID-19, que al ser extensos y demandantes constituyen un factor de riesgo para la salud mental (Torre-Muñoz et al., 2020).

Discusión de los resultados obtenidos para lograr el segundo objetivo que es determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra:

En cuanto a la determinación de los niveles de burnout, en la presente investigación se tienen resultados importantes, ya que la mayoría de los participantes reportan niveles bajos en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que la realización personal se encuentra en un nivel alto. Para la discusión de resultados se realiza la comparación directa con otros estudios que han usado el MBI-HSS.

En lo que se refiere al agotamiento emocional, esta investigación muestra que el 61.5% reporta un nivel bajo, el 24.6% tiene un nivel medio y el 13.8% está en un nivel alto. Esta tendencia es aproximada a la reflejada en los resultados del estudio de Chanaluisa-Muilema (2021) realizado en Ecuador (datos recolectados en 2021), quien reporta que el 54% del personal de salud mantiene un nivel bajo de cansancio emocional, el 35% tiene un nivel medio y el 11% manifiesta un nivel alto. Sin embargo, se contrapone a la investigación de Ruiz-Fernández et al. (2022), quienes señalan en su análisis en enfermeros de España (datos recolectados entre abril y mayo de 2021) que, el 27.9% se encuentra en un nivel bajo, mientras que el 52.7% se encuentra en un nivel alto. Así también, se opone la investigación de Hu et al. (2020) realizada en China (datos recolectados en febrero de 2020), ya que sus resultados reflejan que el 39.5% están en un nivel bajo de agotamiento emocional, mientras que el 41.5% se encuentran en un nivel alto. Por lo tanto, los datos de este estudio, así como los de otro realizado en Ecuador, indican niveles bajos de agotamiento emocional, mientras que en estudios de España y China existe un mayor porcentaje en el nivel alto de agotamiento emocional en los profesionales sanitarios; esto puede entenderse debido a que, los altos niveles están relacionados a la época del levantamiento de los datos, y debido a que los participantes de los estudios de España y China únicamente atendieron pacientes COVID-19. En la presente investigación, la baja prevalencia en el grupo de estudio respecto al agotamiento emocional, muestra que pocos trabajadores sanitarios no han podido lidiar con la fatiga generada por la sobrecarga laboral (Castel, 2021).

Respecto a la despersonalización, los resultados obtenidos en este estudio muestran que el 63.1% del personal sanitario participante tiene un nivel bajo, el 13.8% tiene un nivel medio y el 23.1% tiene un nivel alto de despersonalización. Estos valores son consistentes con los resultados de Hu et al. (2020) alcanzados en China (datos recolectados en febrero de 2020), quienes mencionan que el 57.6% se encuentra en un nivel bajo, el 14.7% está en un nivel moderado, y el 27.6% está en un nivel alto. Adicionalmente, en relación con el trabajo de Chanaluisa-Muilema (2021) realizado en Ecuador (datos recolectados en 2021), los resultados se aproximan parcialmente al presente estudio, puesto que, aunque esta autora también refiere que un 60% de los encuestados están en un nivel bajo de despersonalización, los resultados difieren en que el nivel medio con el 33% supera al nivel alto que es 7%. Por otro lado, los resultados de este estudio difieren en el porcentaje de cada nivel respecto a los obtenidos por Ruiz-Fernández et al. (2022) en España (datos recolectados entre abril y mayo de 2021), pero en general tiene el mismo comportamiento, donde el 46.2% de participantes reportan un nivel bajo de despersonalización, el 22% están en un nivel medio y el 31.8% están en un nivel alto. De manera que, al igual que en este estudio, los tres estudios de comparación (China, Ecuador y España) tienen porcentajes pequeños en el nivel alto de despersonalización, lo que refleja existe un grupo menor de profesionales sanitarios que no muestra calidez y tampoco una conducta cercana hacia su trabajo, sus pacientes y compañeros durante el tiempo de la pandemia (Castel, 2021).

En lo que concierne a realización personal, el presente análisis refleja que el 60% del personal sanitario participante tiene un nivel alto, el 16.9% está en un nivel intermedio y el 23.1% tiene un nivel bajo de realización personal. Lo cual se aproxima al estudio ecuatoriano de Chanaluisa-Muilema (2021), en cuanto al nivel alto de realización personal que es el 56%, mientras que difiere en el nivel medio y bajo que son 38% y 6% respectivamente. Por otra parte, los resultados del presente estudio son diferentes a los reportados en el estudio español de Ruiz-Fernández et al. (2022), quienes indican que el 49.6% están en un nivel alto, el 30.1% están en un nivel intermedio y el 20.3% se encuentran en un nivel bajo. De la misma forma difiere con el estudio chino de Hu et al. (2020) quienes declaran que el 39.5% están en

un nivel alto, el 22.2% están en un nivel moderado y el 38.3% están en un nivel bajo. No obstante, tanto este estudio como los casos de comparación (Ecuador, China y España), muestran los porcentajes más pequeños en el nivel bajo para realización personal, lo cual sugiere que, durante la pandemia una menor parte del personal sanitario no se ha sentido competente y no ha podido cumplir adecuadamente su trabajo (Rivera et al., 2019).

Discusión de los resultados obtenidos para alcanzar el tercer objetivo que es identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión:

Se tienen resultados interesantes en esta investigación, el personal encuestado reporta principalmente niveles leves de estrés, depresión y ansiedad; no obstante, respecto a la ansiedad no debe desestimarse la prevalencia en los niveles moderado y severo. A continuación, se realiza la discusión de las variables mencionadas.

Los resultados de este estudio respecto al estrés son, nivel leve de 93.8%, moderado de 4.6% y severo de 1.5%. Al comparar estos resultados con otros estudios que han utilizado también el DASS-21, se tiene que estos datos aunque difieren en el porcentaje, conservan un comportamiento aproximado de los resultados que Leveau-Bartra et al. (2021) informaron en su estudio realizado en Perú (datos recolectados en abril de 2021), donde el 81.2% de profesionales de la salud se encuentran con niveles de estrés entre normal y leve, el 12.5% tiene un nivel moderado y el 6.3% se encuentra en un nivel severo. En cambio, los resultados de este estudio se alejan de aquellos del estudio realizado por Medrano y Becerra (2022) en México (datos colectados de septiembre a noviembre de 2020), donde informan que el 44.6% de participantes no presentaban estrés, en un nivel leve están el 12.1%, en moderado el 15.9%, severo el 15.3% y en extremadamente severo el 12.1%. También, difieren respecto a este estudio los datos reportados por Dosil et al. (2020) en una investigación realizada en España (datos colectados en 2020), ya que el 55.8% del personal de la salud están entre un nivel normal y leve de estrés, el 21.5% tiene un nivel moderado y el 22.7% se encuentran entre un nivel severo a extremadamente severo de estrés. En la comparación de este estudio se puede apreciar que guarda más paridad en sus resultados con el estudio realizado en

Perú, que reporta altos porcentajes en el nivel leve de estrés; mientras que, los estudios realizados en México y España, muestran una reducción en el porcentaje del nivel leve y un incremento en el porcentaje de niveles moderado y severo, reportan además un nivel extremadamente severo. Se sugiere que estos resultados respecto al estrés se deben a la intensidad en la cual se encontraba la pandemia en las épocas de recolección de los datos; de manera que, los bajos porcentajes en los niveles moderado y severo de estrés obtenidos en esta investigación, advierten que, en el momento de recolección de la información las demandas de la emergencia sanitaria estaban disminuidas y son pocos los profesionales que han tenido inconvenientes para afrontar las condiciones de la pandemia (Navinés et al., 2021, y Castro et al., 2021).

En cuanto a la ansiedad, en esta investigación es leve con un 75.4%, moderada con un 16.9% y severa con un 7.7%. Estos resultados muestran que la mayoría siente ansiedad leve, lo cual tienen concordancia con el estudio peruano (datos recolectados en abril de 2021) de Leveau-Bartra et al. (2021), aunque los porcentajes difieren, puesto que ellos reportan que el 56,2% de participantes tiene ansiedad entre el nivel normal y leve, el 31.3% tiene ansiedad moderada, y el 12.5% refleja un nivel severo. En tanto que, el estudio de España (datos colectados en 2020) realizado por Dosil et al. (2020) también refleja que la mayoría de los profesionales sanitarios que se ubican entre los niveles normales y leves de ansiedad con el 55.4%, además muestra una prevalencia de ansiedad moderada del 22.4% y del 22.2% para el nivel severo y extremadamente severo. Conservando esta tendencia también se encuentran los resultados del estudio mexicano (datos colectados de septiembre a noviembre de 2020) de Medrano y Becerra (2022), donde el personal de salud participante que no presentaban ansiedad es el 45%, el 8.3% se encuentra en un nivel leve, en nivel moderado el 18.2%, severo el 7.3% y en un nivel extremadamente severo el 21%. Es así que, de manera general los resultados de este estudio respecto a la ansiedad son semejantes a los de otros estudios (Perú, México y España) que reportan un porcentaje menor de participantes que perciben ansiedad en niveles de moderado a severo, quienes tuvieron dificultad de afrontar

las preocupaciones propias de sus labores para enfrentar la pandemia (Sánchez y Mejía, 2020).

En el caso de la depresión, en este estudio se tiene una gran mayoría de participantes en nivel leve con el 89.2%, nivel moderado en 9.2% y severo en 1.5%, un comportamiento bastante parecido al del estrés. Esto conserva un comportamiento similar a los resultados del estudio peruano (datos recolectados en abril de 2021) de Leveau-Bartra et al. (2021), que reflejan el 68.7% del personal con nivel normal y leve, el 25% tiene un nivel moderado y el 6.3% se encuentra en un nivel severo. De igual manera, esta tendencia se refleja en el estudio español (datos colectados en 2020) de Dosil et al. (2020) donde el 70.1% de participantes tiene niveles de depresión que van de normal a leve, el 18.6% está en un nivel moderado, y la prevalencia del 11.3% corresponde al nivel severo y extremadamente severo. En cambio, en los resultados presentados por Medrano y Becerra (2022) en su estudio realizado en México (datos colectados de septiembre a noviembre de 2020), si bien se encontró que el nivel normal y leve de depresión suman el porcentaje más significativo con el 63.5%, difiere en que el porcentaje de los niveles severo y extremadamente severo con el 20.4% es mayor que el del nivel moderado que alcanza el 16.2%. Esto quiere decir que, de manera general durante la pandemia al menos dos tercios del personal sanitario refiere no tener depresión o mantener niveles leves, pero del conjunto restante se puede identificar una tendencia a incrementar en el porcentaje de depresión severa durante la época más álgida de la pandemia; en este mismo sentido, este estudio también muestra una baja prevalencia en cuanto a la depresión, la cual es aún más baja en comparación a los otros estudios mencionados, esto se debe a la época en que se realizó el levantamiento de los datos en cada uno de ellos. Los porcentajes de niveles moderado y severo de depresión que reflejan los participantes de este estudio, sugieren que existe un pequeño grupo de trabajadores sanitarios que se sienten tristes, desanimados, o con estado de ánimo depresivo (Danet, 2021).

Discusión de los resultados obtenidos para cumplir el cuarto objetivo que es determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante:

Referente a la determinación de inflexibilidad psicológica, en el presente trabajo de titulación se reporta una media de 14.14, dicho valor se ubica entre los valores mínimos de la escala (7-49) del inventario AAQ-II (7). Al comparar este estudio con estudios previos que también han utilizado el inventario AAQ-II, se observa que el resultado es cercano al valor reportado en el estudio de Dittrich (2022) realizado en Estados Unidos, quien reporta una media de 19.6. Por otro lado, la presente investigación presenta el resultado más bajo que los datos reflejados en el estudio de Jokié-Begíé et al. (2020) realizado a trabajadores de la salud en Croacia (datos colectados en abril de 2020), donde la inflexibilidad psicológica tiene una media de 21.2. También, en la investigación de Bonilla-Sierra et al. (2021) realizada en Ecuador (datos colectados entre enero y marzo de 2021), se observa que la variable mencionada tiene un valor medio de 23.22. En la comparación del presente estudio con los tres estudios mencionados, los valores se encuentran en la primera mitad de la escala de inflexibilidad psicológica, es decir están en valores más bajos respecto al punto de corte (punto medio de la escala), lo que determina mayor flexibilidad. La media de inflexibilidad psicológica encontrada en este estudio sugiere que existe una baja prevalencia de inflexibilidad psicológica entre el personal de salud, ellos pueden tener dificultad para afrontar las situaciones adversas de la crisis sanitaria (Smith et al., 2020).

En lo que se refiere a la determinación de la percepción de soledad, este trabajo de titulación reporta un valor promedio de 5.42/12, el cual está en la primera mitad de escala (3-12) cuyo punto de corte es 7.5; por lo que, aunque el grupo de manera general no siente soledad, existe un grupo pequeño de profesionales que sí la percibe. Comparando esto con otros estudios donde se ha aplicado la escala de soledad UCLA, se encuentra cercanía con los resultados del trabajo desarrollado por Vadi et al. (2022) en India (datos recolectados entre abril a mayo de 2021), presentan una media de 21.6 (en una escala de 0-60), que indica que los participantes se ubican en el rango de menor de percepción de soledad. Mientras que, los

resultados de la presente investigación son más bajos en comparación a los reportados por Pataka et al. (2022) en Grecia (datos recolectados en mayo y diciembre de 2020), con valores de 5.01 y 5.9 (en una escala de 3 a 9) para la primera y segunda ola de COVID respectivamente. Esto también sucede en la comparación de los resultados con el estudio realizado por Cabello et al. (2022) en España (datos colectados entre abril y junio de 2020), donde se observa que aproximadamente la mitad con el 53.62% siente soledad. De manera general respecto a la percepción de soledad, el presente estudio presenta una media con valor un poco más bajo que aquellos valores reportados en los estudios de comparación; sin embargo, existe un grupo de trabajadores de la salud que perciben soledad a consecuencia de la alteración de sus interacciones sociales disminuidas durante la pandemia (Kobos et al., 2022).

Discusión de los resultados obtenidos para alcanzar el quinto objetivo que es identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante:

En lo que concierne a calidad del sueño, en este trabajo los datos reflejan en la mayoría de participantes una baja dificultad para dormir con el 61.5%, luego media dificultad para dormir con el 35.4% y apenas el 3.1% señala facilidad para dormir, mientras que ninguno reporta alta dificultad para dormir. Al contrastar estos resultados con otros estudios donde se ha aplicado como instrumento también el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI), se observa que Arriola et al. (2021) en Perú (datos colectados en julio de 2020), encontraron una prevalencia de problemas de sueño del 89,71%; de manera similar Jahrami et al. (2021) en su estudio realizado en Baréin (datos recopilados en abril de 2020), señalan que el 75% de los trabajadores sanitarios tienen pobre calidad del sueño; y finalmente también un estudio realizado por Erdoğan et al. (2022) en Turquía (datos compilados en agosto y septiembre de 2020), indica una calidad subjetiva de sueño pobre con un 52.8%, intermedia con un 28.3% y alta con un 18.9%. Las investigaciones de los autores señalados se contraponen con los resultados del presente estudio que refiere una dificultad media-baja para dormir, sabiendo que los mencionados autores recopilaron los datos de sus investigaciones en el año 2020, se sugiere que en el presente estudio la baja y media dificultad para dormir que presenta el

personal sanitario es debido a que en este periodo de recolección de los datos la pandemia ya ha bajado notablemente su intensidad, y esto conlleva a que los participantes tengan una adecuada calidad de sueño (Pappa et al., 2022).

Conclusiones

Los trabajadores de la salud participantes en este estudio en su mayoría son mujeres, de estado civil solteros y con una edad media de 34 años. En lo referente a las características laborales, las instituciones de salud consideradas son privadas, los evaluados tienen una experiencia promedio de 8 años y la mayoría trabaja a tiempo completo realizando turnos de 12 horas promedio al día.

Los resultados del inventario del estrés laboral crónico de Maslach (MBI-HSS), muestran que aproximadamente un tercio del grupo de participantes padece del síndrome de burnout con niveles de medio a alto de agotamiento emocional y despersonalización, y en un mismo porcentaje sienten niveles de medio a bajo de realización personal.

La investigación mediante la escala DASS-21 aplicada a los trabajadores de la salud indica afectaciones a la salud mental y subsecuente calidad de vida y bienestar, en una minoría del grupo. 1 de cada 20 participantes percibe estrés, 1 de cada 10 participantes sienten depresión, y 1 de cada 4 participantes sufren ansiedad, en todos los casos en niveles de moderado a severo.

Los datos del inventario AAQ-II (7) aplicado al grupo estudiado, presentan una media de un valor bajo de la variable de inflexibilidad psicológica de 14.14 (escala de 7 a 49), lo que representa una reducida cantidad de trabajadores de la salud con dificultades para comportarse de manera flexible y para afrontar adecuadamente las experiencias desagradables. Por otro lado, los datos del inventario UCLA-3 muestran que el valor medio de 5.42 está por debajo del punto medio de la escala de medida (que va de 3 a 12), es decir que una pequeña cantidad de participantes requieren mayor apoyo social que les brinde el soporte y afectos necesarios.

Mediante el cuestionario de Pittsburg se determina que un tercio del grupo de trabajadores de la salud que participaron en la investigación tienen una dificultad media para dormir (ningún participante reporta dificultad alta), lo que en ellos aumenta la posibilidad de un deterioro en su salud física y mental.

Recomendaciones

Respecto a las características sociodemográficas y laborales analizadas, se recomienda a las instituciones de salud, mantener la diversidad de género de los servidores de la salud en las diferentes áreas en que actúan, además de promover planes de carreras para potenciar los talentos, brindándoles también espacios de trabajo y jornadas adecuadas para maximizar la eficiencia y calidad de su servicio a la vez que se mejora el bienestar laboral.

Se propone que las instituciones de salud que integran este estudio, mantengan sus programas de observación permanente para evaluar: el clima laboral, la carga de trabajo, que los roles y las funciones estén bien definidas, y la adaptación en general de su personal para minimizar el síndrome de burnout; puesto que, por la naturaleza propia del trabajo de los servidores de la salud, están sometidos a sobrecarga y desgaste físico y emocional. Además de esto, los profesionales sanitarios deben cuidar su propia salud para mantenerse en condiciones de cuidar la salud de los demás, para ello es recomendable que: reorganicen y distribuyan su carga laboral, trabajen en equipo, actúen en pro de resolución de problemas reconociendo sus fortalezas y debilidades, se desconecten de las actividades laborales una vez que concluye su jornada de trabajo, comprendan la situación que viven los pacientes y los compañeros de trabajo, se planteen objetivos tanto laborales como personales y se enfoquen hacia estos logros. Adicionalmente, pueden acudir y recibir ayuda de un profesional de la salud mental que podría aplicar por ejemplo técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento asertivo para mejorar la manera de interactuar, mindfulness para que el individuo se abra a las experiencias del presente, y relajación muscular progresiva para que el profesional de la salud logre esta respuesta cuando la necesite.

Las casas de salud que integran esta investigación, deben mantener y revisar periódicamente sus políticas organizacionales para prevenir deficiencias en la gestión del trabajo que puedan conllevar al desarrollo de riesgos psicosociales como el estrés, ansiedad y depresión, de manera que los trabajadores sanitarios gocen de salud mental. Los trabajadores de la salud por su parte deben mantener y fortalecer hábitos saludables como

conservar una actitud positiva, buscar espacios de distracción y relajación, conversar con una persona de confianza sobre las dificultades que enfrentan, realizar hobbies, evitar el aislamiento, realizar actividad física y mantener una buena alimentación, que favorece su bienestar emocional y les permite conservar una buena salud mental, Por otro lado, pueden recibir ayuda psicológica de un profesional que aplique por ejemplo las técnicas de Beck o Ellis, que ayudan a detectar los pensamientos distorsionados, al ser consciente de ello se dirige la atención a analizar su veracidad para luego reemplazarlos por pensamientos más realistas y acertados, se podría también incluir entrenamiento asertivo para que el trabajadores de la salud aprenda a desenvolverse de mejor manera en su vida cotidiana, mindfulness para aprender a vivir el presente, y técnicas de relajación.

Se sugiere que los trabajadores sanitarios fortalezcan sus actitudes y cogniciones que favorecen su flexibilidad psicológica, enfocándose en los acontecimientos del presente, reconociendo lo que es importante y aceptando sus experiencias no solo positivas sino también las negativas para afrontar sus vidas cotidianas, lo cual se podría lograr mediante una terapia de aceptación y compromiso que cuente con mindfulness y ejercicios experienciales. Además, es necesario que mantengan la activación conductual para realizar actividades agradables que se han dejado de hacer y se incentiven a realizar nuevas actividades, también se recomienda que continúen fortaleciendo los vínculos con las personas de su entorno que conforman su red de apoyo, manteniendo el contacto y la reciprocidad. Por otro lado, las instituciones de salud cuyos trabajadores sanitarios fueron parte de este estudio, deben facilitar a su personal sanitario el acceso a la atención psicológica para poder identificar y tratar casos de inflexibilidad psicológica, incluyendo intervenciones psicoeducativas, de manera que ellos sean resilientes ante las dificultades que enfrentan y puedan enfocarse plenamente en sus actividades y logren satisfacción laboral y personal. Así mismo, las instituciones además de brindar la asistencia psicológica a sus colaboradores que tienen un sentimiento de soledad, deben también respetar los horarios de trabajo establecidos de manera que se considere un tiempo libre apropiado para desarrollar las relaciones sociales del personal.

Se recomienda que los profesionales sanitarios cuiden sus hábitos de higiene del sueño, como: antes de dormir evitar el consumo de sustancias que estimulan el sistema nervioso (café, té o licor), evitar el uso de pantallas, conseguir un ambiente de relajación libre de ruido y de luz, establecer una rutina y mantener un horario para ir a dormir y levantarse, para lograr que el sueño sea de calidad con horas efectivas de descanso. Adicionalmente, pueden recibir ayuda mediante la técnica de desensibilización sistemática para identificar los estímulos que dificultan el sueño y aplicar métodos de relajación que permitan la conciliación y mejor calidad del sueño. También, las instituciones deben promover programas de control del bienestar de los empleados que brinden soluciones concernientes a las condiciones y ambiente laboral, lo cual incluye mejoras en las condiciones de las jornadas extendidas y realización de turnos de trabajo para que en lo posible no sean más de 12 horas, de manera que se permita a los trabajadores de la salud tener un descanso adecuado, para mejorar su calidad de vida cotidiana y laboral.

Referencias

- Acuerdo N° 00126 de 2020 [Ministerio de Salud Pública]. Por el cual se declara el estado de emergencia sanitaria por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población. 12 de marzo de 2020. Registro Oficial N° 160. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160_2020_03_12.pdf
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (5ta. Ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Apaza, C., Seminario, R. y Santa-Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402-410. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>
- Aragón-Nogales, R., Vargas-Almanza, I., y Miranda-Novales, M. (2020). COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(6), 213-218. <https://doi.org/10.35366/91871>
- Argudín, S. y O'Reilly, M. (2021). Trastornos de ansiedad y COVID 19. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 20(1), 37-39. https://webapal.org/assets/files/Revista-Apal1_21completa-4.pdf#page=37
- Arriola, L., Palomino, K. y Quintana, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1). 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>
- Bárcena, A., y Etienne, C. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- Batalla-Martín, D., Campoverde-Espinosa, K., y Broncano-Bolzoni, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista Enfermería Salud Mental*, 17-25. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwlr_jsjYf7AhU7STAB

HeiJDTQQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F7544333.pdf&usg=AOvVaw3G2_58-EH4Blwn0fL8coEK

- Boluarte, A., Sánchez, A., Rodríguez, A., y Merino, C. (2020). Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic [Condiciones laborales e impacto emocional en trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID]. *J Healthcare Quality Research [Internet]*, 35(6), 401-402. <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-avance-resumen-working-conditions-emotional-impact-in-S2603647920300919>
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., y Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance [Propiedades Psicométricas Preliminares del Cuestionario de Aceptación y Acción-II: Una Medida Revisada de Inflexibilidad Psicológica y Evitación Experiencial]. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bonilla-Sierra, P., Manrique-G, A., Hidalgo-Andrade, P. y Ruisoto, P. (2021). Psychological Inflexibility and Loneliness Mediate the Impact of Stress on Anxiety and Depression Symptoms in Healthcare Students and Early-Career Professionals During COVID-19 [La Inflexibilidad Psicológica y la Soledad Median el Impacto del Estrés en los Síntomas de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de la Salud y Profesionales que Inician su Carrera Durante COVID-19]. *Frontiers in Psychology*, 12(729171), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.729171>
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, MdC. y Tizon J. (2020), Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria*, 52(S2), 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., y Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research [Índice de calidad del sueño de Pittsburgh: un nuevo instrumento para la práctica e investigación

- psiquiátrica]. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Cabello, M., Izquierdo, A. y Leal, I. (2022). Loneliness and not living alone is what impacted on the healthcare professional's mental health during the COVID-19 outbreak in Spain [La soledad y no vivir solo es lo que impactó en la salud mental del profesional sanitario durante el brote COVID-19 en España]. *Health and Social Care in the Community*, 30(3), 968–975. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250561/>
- Cardoso, M., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. y Fonseca, E. (2021). The COVID-19 pandemic and nurses' attitudes toward death [La pandemia por COVID-19 y las actitudes de los enfermeros frente a la muerte]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29(e3448), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4769.3448>
- Castel, A. (2021). El burnout del profesional: ¿cómo evolucionará en tiempos de crisis?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(1), 7-8. <https://doi.org/10.20986/resed.2021.3906/2021>
- Castro, M., Allar, A., Riquelme, C., Lobos, M., González, E. y Herrera, G. (2021). Manejo de la Ansiedad y el Estrés: Cómo Sobrellevarlos a través de Diferentes Técnicas. *Revista Confluencia*, 4(1), 110-115. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/569/521>
- Chanaluisa-Muilema, S. (2021). *Estrés laboral y salud mental en el personal de salud relacionado con el Covid-19 del Hospital Divina Providencia 2021* [Tesis de Maestría, Universidad Técnica del Norte]. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11685/2/PG%20921%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Chauca, R. (2021). La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 28(2), 587-591. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Mt4Y7Ykrnwt5x7tzKdZHDYG/?lang=es&format=pdf>

- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W., Wang, C., y Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic [La pandemia de COVID-19]. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- Coggiola, L., Meeder, V., Muñoz, C. y Poblete F. (2021). Efectos en la Salud Física y Mental de los Profesionales de Enfermería al Cuidado de Pacientes COVID-19: Una Revisión Bibliográfica. *Revista Confluencia*, 4(2), 47-52. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/682>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2021). Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2021. *Claves de la CEPAL para el desarrollo*, (9). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47359/1/S2100671_es.pdf
- Coon, D. y Mitterer, J. (2016). *Introducción a la psicología: el acceso a la mente y la conducta. Mapas conceptuales y comentarios*, 13a. ed. Cengage Learning. https://issuu.com/cengagelatam/docs/coon_issuu
- Crawford, J., y Henry, J. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample [Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS): datos normativos y estructura latente en una gran muestra no clínica]. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111-131. https://homepages.abdn.ac.uk/j.crawford/pages/dept/pdfs/BJCP_2003_DASS.pdf
- Cullen, W., Gulati, G. y Kelly, B. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic [Salud mental en la pandemia de COVID-19]. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- D'Hyver de las Desesa, C. (2018). Alteraciones del sueño en adultos mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 33-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
- Danet, A. (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. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>

- De la Portilla, S., Dussán, C., y Montoya, D. (2017). Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra estudiantes del programa de medicina de la universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina (Col)*, 17(2), 277-292.
<https://www.redalyc.org/journal/2738/273854673007/273854673007.pdf>
- Defensoría del Pueblo de Ecuador y Universidad UTE. (2020). *Informe temático sobre la situación de los derechos humanos durante la declaratoria del estado de excepción por la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador en 2020*.
<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2937/1/PE-001-DPE-2021.pdf>
- Del Rosario, F., Cuba, S. y Sinti, D. (2021). Estrés del personal de enfermería durante la pandemia COVID-19, en hospitales de Lima Norte. *Revista de Investigación Científica Agora*, 8(2), 27-32. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.215>
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42 – 50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. (27 de octubre de 2022). Vacunómetro COVID-19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador que transparenta información sobre la vacunación COVID-19. Plan de vacunación. Recuperado el 29 de octubre de 2022 de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTtkZNTFkMmUtZmUzNi00NDcwLTg0MDEtNjFkNzhhZTg5ZWYyIiwidCI6IjcwNjlyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODI1LTI1NmIwNmQyNjlmMyJ9&pageName=ReportSection>
- Dittrich, A. (2022). *The Moderating Effect of Psychological Flexibility on the Relationship between Burnout and COVID-19 Stress in Nurses (El efecto moderador de la flexibilidad psicológica en la relación entre el agotamiento y el estrés por COVID-19 en enfermeras)* [Tesis de Doctorado, Xavier University].
https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_etd/send_file/send?accession=xupsy1656434191757073&disposition=inline

- Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Picaza, M. y Jaureguizar, J. (2020). Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic [Síntomas Psicológicos en Profesionales de la Salud en España Tras la Primera Ola de la Pandemia COVID-19]. *Frontiers in Psychology*, 11(606121), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606121>
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M. y Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan [Síntomas psicológicos entre los trabajadores sanitarios de primera línea durante el brote de COVID-19 en Wuhan]. *General Hospital Psychiatry*, 67, 144–145. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011>
- Dullius, W., Scortegagna, S. y McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: Systematic review [Estrategias de afrontamiento en profesionales de la salud ante la Covid-19: Revisión sistemática]. *Psicología: Teoría e Práctica*, 23(1), 1–20. <http://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913976>
- Erdoğan, A., Berktaş, D., Öksüz, A., Şahin, A. y Koçyiğit, B. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on sleep quality in healthcare workers in Turkey [El impacto de la pandemia COVID-19 en la calidad del sueño de los trabajadores de la salud en Turquía]. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58(58), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00489-3>
- Espinoza-Ascurra, G., Gonzales-Graus, I., Meléndez-Marón, M. y Cabrera, R. (2022). Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>
- Etienne, C. (2018). Mental health as a component of universal health [Salud mental como componente de la salud universal]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-2. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e140/>

- Fang, M., Xia, B., Tian, T., Hao, Y. y Wu, Z. (2021). Drivers and mediators of healthcare workers' anxiety in one of the most affected hospitals by COVID-19: a qualitative analysis [Impulsores y mediadores de la ansiedad de los trabajadores de la salud en uno de los hospitales más afectados por el COVID-19: un análisis cualitativo]. *BMJ Open*, 11(3), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045048>
- Giardino, D., Huck-Iriart, C., Riddick, M., y Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina [La cuarentena interminable: el impacto del brote de COVID-19 en los trabajadores de la salud tras tres meses de aislamiento social obligatorio en Argentina]. *Sleep Medicine journal*, 76, 16-25. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945720304251?via%3Dihub>
- Gillaa, M., Giménez, S., Moran, V., y Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149. <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63237.pdf>
- González-Rivera, J., Pagán-Torres, O., y Pérez-Torres, E. (2020). Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Construct Validity Problem in Hispanics [Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Problema de Validez de Constructo en Hispanos]. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), 375-389. doi:10.3390/ejihpe10010028
- Groarke, J.M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P.E., McGlinchey, E. y Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID19 Psychological Wellbeing Study [Soledad en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19: Resultados transversales del Estudio

- de Bienestar Psicológico de COVID19]. *PLOS ONE*, 15(9), 1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860/1363>
- Haro, A. y Calderón, E. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *Interamerican Journal of Medicine and Health*. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.99>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change [Terapia de aceptación y compromiso: el proceso y la práctica del cambio consciente]*. (2nd Ed.). Guilford Press.
- Hernández-López, M., Cepeda-Benito, A., Díaz-Pavón, P. y Rodríguez-Valverde, M. (2021). Psychological inflexibility and mental health symptoms during the COVID-19 lockdown in Spain: A longitudinal study [Inflexibilidad psicológica y síntomas de salud mental durante el confinamiento por la COVID-19 en España: Un estudio longitudinal]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 42-49.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.12.002>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ta Ed.). McGraw Hill.
- Herrera-Covarrubias, D., Coria-Avila, G., Muñoz-Zavaleta, D. Graillet-Mora, O., Aranda-Abreu, G., Rojas-Durán, F., Hernández, M. y Nafissa, I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud, 8(17), 1-23. *Revista Electrónica Neurobiología*.
[https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8\(17\)220617.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8(17)220617.pdf)
- Herrera-Hugo, B., Calderón-Bustamante, K., Tapia-Segarra, J., y Cárdenas-Lata, B. (2021). Violencia intrafamiliar en tiempos de Covid-19: Una mirada actual. *Polo del Conocimiento*, 6(2), 1027-1038. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj7xubf-IH7AhX7TDABHRNmAlk4ChAWegQIFxAB&url=https%3A%2F%2Fpolodelconocimie>

nto.com%2Fojs%2Findex.php%2Fes%2Farticle%2Fdownload%2F2334%2F4740&us
g=AOvVaw3WnH32D6yx1xACS-a9rdqT

- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., Wan, S., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. y Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study [Estados de agotamiento, ansiedad, depresión y miedo de los enfermeros de primera línea y sus factores asociados durante el brote de COVID-19 en Wuhan, China: Un estudio transversal a gran escala]. *EClinicalMedicine*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J. y Cao, B. (2020a). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus 2019 en Wuhan, China]. *The Lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Huang, JZ., Han, MF., Luo, TD., Ren, AK., y Zhou, XP. (2020b). Encuesta de salud mental de 230 miembros del personal médico en un hospital terciario de enfermedades infecciosas por COVID-19. *Revista china de higiene industrial y enfermedades profesionales*, 38 (3), 192-195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la Salud Mental en la Pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 7(2):327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Inca, G., y Inca, A. (2020). Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 11(1), 5-15. <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/441/422>
- Jahrami, H., BaHammam, A., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M, AlEid, K., Saif, Z., Haji, E., Dhahi, A., Marzooq, H., Hubail, S. y Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality

- for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19 [El examen de la calidad del sueño para los trabajadores sanitarios de primera línea durante el brote de COVID-19]. *Sleep and Breathing*, 25, 503–511. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9>
- Jaramillo, K., López, V., y Sánchez, R. (2022). Rasgos de personalidad e inflexibilidad psicológica en adictos al alcohol. *Eureka*, 19(1), 22-38. <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-19-1-9.pdf>
- Jerkovic, A., Mikac, U., Matijaca, M., Košta, V., Curkovic, A., Dolic, K., Vujovi, I., Šoda, J., Đogaš, Z., Pavelin, S., y Rogic, M. (2022). Psychometric Properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in Patients with Multiple Sclerosis: Factor Structure, Reliability, Correlates, and Discrimination [Propiedades Psicométricas del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) en Pacientes con Esclerosis Múltiple: Estructura de Factores, Confiabilidad, Correlaciones y Discriminación]. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 1-14. <https://doi.org/10.3390/jcm11072037>
- Johnston, K., y Lee, J. (2021). COVID-19 Lockdown Landslides: The negative impact of subsequent lockdowns on loneliness, wellbeing, and mental health of Australians [COVID-19 Derrumbes por Confinamiento: El impacto negativo de confinamientos subsecuentes en la soledad, el bienestar y la salud mental de los australianos]. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 16(4), 125-133. <https://researchonline.jcu.edu.au/71132/1/Johnston%26Oliva-2021.pdf>
- Jokié-Begié, N., Korajlija, A. y Begié, D. (2020). Mental Health of Psychiatrists and Physicians of Other Specialties in Early COVID-19 Pandemic: Risk and Protective Factors [Salud mental de psiquiatras y médicos de otras especialidades en el inicio de la pandemia Covid-19: factores de riesgo y protectores]. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 536-548. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.536>
- Kobos, E., Knoff, B., Dziedzic, B., Maciąg, R. y Idzik, A. (2022). Loneliness and mental wellbeing in the Polish population during the COVID-19 pandemic: a crosssectional study [Soledad y bienestar mental en la población polaca durante la pandemia de COVID-

- 19: un estudio transversal]. *BMJ Open*, 12(2), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056368>
- Koppmann, A., Cantillano, V. y Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.009>
- Korkmaz, S., Kazgan, A., Çekiç, S., Tartar, A., Balci, H. y Atmaca, M. (2020). The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services [Los niveles de ansiedad, la calidad de sueño y de vida y las habilidades de resolución de problemas en los trabajadores de la salud empleados en los servicios de COVID-19]. *Journal of Clinical Neuroscience*, 80, 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>
- Labrague, L., y De los Santos, J. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support [Ansiedad por COVID-19 entre enfermeras de primera línea: papel predictivo del apoyo organizacional, resiliencia personal y apoyo social]. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653-1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- Laham, S., Bertuzzi, L., Deguen, S., Hecker, I., Melchior, M., Patanè, M., Pinucci, I., Sijbrandij, M. y Van Der Waerden, J. (2021). Impact of Longitudinal Social Support and Loneliness Trajectories on Mental Health during the COVID-19 Pandemic in France [Impacto de las Trayectorias Longitudinales de Apoyo Social y Soledad en la Salud Mental durante la Pandemia de COVID-19 en Francia]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312677>
- Leveau-Bartra, H., Córdova-Tello, I., Chávez-Navarro, J., Peche-Choque, J. y Guerrero-Ortiz, H. (2021). Depresión, Ansiedad y Estrés en Personal de Salud de Áreas de Tratamiento COVID-19, del Hospital Regional de Ica, 2021. *Revista Médica Panacea*, 10(1), 27-31. <https://doi.org/10.35563/rmp.v10i1.401>

- López-Cortacans, G., Pérez-García, M., Pérez-García, R. y Pérez-García, D. (2021). Síndrome de burnout y efectos adversos: la prevención ineludible. *Atención Primaria*, 53(10), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102154>
- Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995), The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories [La estructura de los estados emocionales negativos: Comparación de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS) con los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck]. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), Pages 335-343. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579679400075U?via%3Dihub>
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno*, (70), 110-120. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Macías, X. y Aveiga, V. (2021). Confinamiento y su incidencia en las relaciones familiares de la ciudadela San José de la parroquia 12 de marzo del cantón Portoviejo. *Socialium*, 5(2), 120-139. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.2.931>
- Majumdar, P., Barman, O., Chakraborty, P. y Sahu, S. (2020). COVID-19 Pandemic and Rotational Shift Work: Impact on Physical and Mental Health of Indian Nurses [Pandemia de COVID-19 y Trabajo por Turnos Rotativos: Impacto en la Salud Física y Mental de las Enfermeras Indias]. *International Journal of Research*, 6, 60-72. <https://www.researchgate.net/publication/346096147>
- Martín, D., Sancho, D., Cuerda, M., De la Rubia, J., y Solera, S. (2022). Relevancia de la Evitación Experiencial en la Esclerosis Múltiple y rol de enfermería. *Index de Enfermería*, 30(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000300008

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1997). *Maslach Burnout Inventory, Manual* [MBI Inventario "Burnout" de Maslach, Manual] (N. Seisdedos, Trans.). TEA Ediciones S.A. (Trabajo original publicado en 1986).
- Maslach, C., Schaufely, W., y Leiter, M. (2001). Job burnout [Agotamiento laboral]. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Medrano, J. y Becerra, A. (2022). Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Horizonte sanitario*, 21(3), 513-520. <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4661>
- Megías-Lizancos, F. y Castro-Molina, F. (2018). *Manejo del estrés en profesionales sanitarios*. Difusión Avances de Enfermería. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/04/F.-Meg%C3%ADas-FJ-Castro-Manejo-del-estr%C3%A9s-en-profesionales-sanitarios.pdf>
- Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y., y Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *CienciAmérica* 9(2), 322-333. <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/324>
- Mena, A. y Casalí, P. (2021). *Nota Informativa - El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19*. Organización Internacional del Trabajo – Países Andinos. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020a). *Plan de Trabajo Vacunación COVID 19 Ecuador 2020-2021*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160_2020_03_12.pdf
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020b). *Lineamientos de prevención y control para casos SARS CoV-2/COVID-19*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/lineamientos_covid-19__final_09-06-2020_v3_1-2.pdf

- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020c). Aumento de capacidad de camas UCI y de hospitalización en Guayas permite atender oportunamente casos COVID-19. Recuperado el 26 de enero de 2023 de <https://bit.ly/3ooAIS>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2021). *Plan Nacional de Vacunación e Inmunización contra el COVID – 19 “Plan Vacunarse”*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/01-Plan-nacional-de-vacunacion-e-inmuniczacion-contra-el-COVID-19-Ecuador-2021-1.pdf>
- Molt, F., Torres, P., Flores, V., Valladares, C., Ibáñez, J.L. y Cortés, M. (2021). Trastornos del sueño en emergencias y desastres. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.07.003>
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortíz-Ochoa, W. y Gaibor-González, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 112-126. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>
- Müller, F., Röhr, S., Reininghaus, U., y Riedel-Heller, S. (2021). Social Isolation and Loneliness during COVID-19 Lockdown: Associations with Depressive Symptoms in the German Old-Age Population [Aislamiento Social y Soledad durante el Confinamiento por COVID-19: Asociaciones con Síntomas Depresivos en la Población Anciana Alemana]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
- Muñoz-Cobo B., Pérez M., Rodríguez M., Varela C. y Sanz J. (2021). Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 67(264),169-190. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000300004>
- Narváez, A., Melena, J., Guerrero, J., Solís, D., Calderón, L., Albán, J., Piedra, J. y Padilla, R. (2020). Exposición y Riesgo Ocupacional de COVID-19 en Estudiantes, Docentes y Profesionales de la Salud. *Revista Médica Vozandes*, 31(2), 33-41. <https://doi.org/10.48018/rmv.v31.i2.5>

- Narváez, J., Obando-Guerrero, L., Hernández-Ordoñez, K., y De la Cruz-Gordon, E. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207-216. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v23n3/2389-7066-reus-23-03-207.pdf>
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F. y 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), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Obando-Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J., Aliaga-Sánchez, R., y Obando-Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008
- Ong, C., Pierce, B., Woods, D., Twohig, M., y Levin, M. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire – II: An Item Response Theory Analysis [El Cuestionario de Aceptación y Acción – II: Un Análisis de la Teoría de la Respuesta al Ítem]. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 123-134. <https://core.ac.uk/download/pdf/237217371.pdf>
- Oprisana, A., Baettig-Arriagada, E., Baeza-Delgado, C., y Martí-Bonmatí, L. (2022). Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología*, 64(2), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (25 de enero de 2021). *Manejo clínico de la COVID-19. Orientaciones evolutivas*. Recuperado el 2 de julio de 2022 de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (29 de enero de 2021a). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Recuperado el 6 de mayo de 2022 de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (13 de septiembre de 2021b). *Depresión*. Recuperado el 14 de mayo de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Prevención, identificación y gestión de las infecciones de los profesionales sanitarios en el contexto de la COVID-19*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336652/WHO-2019-nCoV-HW_infection-2020.1-spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.a). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Recuperado el 8 de mayo de 2022 de <https://covid19.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.b). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard – Table View. Recuperado el 27 de octubre de 2022 de <https://covid19.who.int/table>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palacios, I. T., Vivas, X.C., Paz y Miño, M. y Trueba, G. (2021). Programa de Telesalud para pacientes crónicos de sectores rurales de Pichincha: prevención y promoción en salud en época de pandemia por Covid-19. Ensayo. *Esferas*, 2, 74-105. <https://doi.org/10.18272/esferas.v2i.1975>
- Paniagua, E. (2020). Vivencia de familiares de personas afectadas por COVID-19. *Academic Disclosure*, 1(1), 153-161. <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/94>
- Pappa, S., Sakkas, N. y Sakka, E. (2022). A year in review: sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic [Un año en revisión: disfunción del sueño y angustia psicológica en trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19]. *Sleep Medicine*, 91, 237-245. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.009>

- Pastor, J.C. (2020). Los efectos psicológicos de la COVID-19. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 95(9), 417-418. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2020.06.010>
- Pataka, A., Kotoulas, S., Tzinis, A., Kasnaki, N., Sourla, E., Chatzopoulos, E., Grigoriou, I. y Argyropoulou, P. (2022). Sleep Disorders and Mental Stress of Healthcare Workers during the Two First Waves of COVID-19 Pandemic: Separate Analysis for Primary Care [Trastornos del sueño y estrés mental de los trabajadores de la salud durante las dos primeras oleadas de la pandemia COVID-19: análisis separado para la atención primaria]. *Healthcare*, 10(8), 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081395>
- Patiño, C. (2021). *Prevalencia del Desgaste Profesional en el Personal Sanitario en el Ecuador* [Tesis de Maestría, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11120/1/16658.pdf>.
- Pazmiño, E., Alvear, M., Saltos, I., y Pazmiño, D. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
- Peñafiel-León, J., Ramírez-Coronel, A., Mesa-Cano¹, I. y Martínez-Suárez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista AVFT*, 40(3). <http://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>
- Pereira, S., Fornés-Vives, J., Unda-Rojas, S., Pereira-Junior, G., Juruena, M., y Cardoso, L. (2021). Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey in health professionals in emergency services [Análisis factorial confirmatorio del Inventario de Agotamiento de Maslach - Encuesta de Servicios Humanos en profesionales de la salud en servicios de emergencia]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/v9BRMzXSRVhsDKWXP3szbrf/?format=pdf&lang=es>

Proyecto Rodillo. (s.f.). *Estadísticas – Latinoamérica – Ecuador – Pichincha*. Recuperado el 28 de octubre de 2022 de <https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/ecuador/pichincha/>

Quiroz-Ascencio, G., Vergara-Orozco, M.G., Yáñez-Campos, M. del R., Pelayo-Guerrero, P., Moreno-Ponce, R., y Mejía-Mendoza, M.L. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Revista Salud Jalisco*, 8(especial junio 2021), 20-32. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2021/sje211h.pdf>

Quiroz-Figueroa, M., Segovia-Piguabe, M., Salvador-Cortez, K., y Tomalá-Orrala, K. (2022). Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con Covid-19. *Dominio de las ciencias*, 8(1), 839-858. <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2526/5645>

Quispe, J. (2021). *Factores psicosociales y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores asistenciales de un Centro de Salud en Cieneguilla, 2021* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional – Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/66881/Quispe_CJD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramírez, I., y Velazco, D. (2021). Lo que dejó el covid-19 en la salud mental de los estudiantes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 13778-13796. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjT1ajhiYf7AhU6ZjABHbCWA3AQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fciencialatina.org%2Findex.php%2Fcienciala%2Farticle%2Fdownload%2F1357%2F1866%2F&usg=AOvVaw2tNM8BboCo1AK_CPuFmA98

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-8. http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf

- Restrepo-Martínez, M., Escobar, M., Marín, L., y Restrepo, D. (2021). Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.001>
- Ríos, R. (2017). Metodología para la investigación y redacción (1ra Ed.). Servicios Académicos Intercontinentales S.L. <https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/1662.pdf>
- Rivera, A., Ortiz, R., Miranda, M., y Navarrete, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado*, 8(2). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008595/16488-144814485158-1-sm.pdf>
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Serrano-Ripoll, M., Meneses-Echavez, J., Fraile-Navarro, D., Fiol de Roque, M., Pastor, G., Castro, A., Zamanillo, R., y Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 347-357. Doi: 10.1016/j.jad.2020.08.034
- Robbins, S. y Judge, T. (2013). *Comportamiento Organizacional*. (15ta. Ed.). Pearson. http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/PSICOLOGIAORGANIZACIONALORIENTE2019/document/Comportamiento_Organizacional_15edi-Robbins.pdf
- Robles, B. (2019). Población y muestra. *Pueblo Continente*, 30(1), 245-246. <http://doi.org/10.22497/PuebloCont.301.30121>
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/368/289>
- Rodríguez, N., Álvaro, L., Jarro, I., Suárez, B. y Robles, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/64/149>
- Rodríguez, M., y León, C. (2020). Similitudes y diferencias entre el síndrome respiratorio agudo severo causado por SARS-CoV y la COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*,

- 92(Supl.especial), 1-20. <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1223/640>
- Román, F., Mella, Vinet, E., y Alarcón, A. (2014). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179–190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta De Investigación Psicológica*, 6(1), 2325 – 2336. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-escalas-depresion-ansiedad-estres-S2007471916300539>
- Ruiz-Bravo, A., y Jiménez-Valera, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica*, 61(2), 63-79. <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>
- Ruiz-Fernández, M., Alarcón-Ortega, C., Ventura-Miranda, M., Ortega-Galán, Á., Alcaráz-Córdoba, A., Berenguel-Marínez, A., y Lirola-Manzano, M. (2022). Burnout in Specialized Care Nurses during the First COVID-19 Outbreak in Spain [Agotamiento en enfermeros de atención especializada durante el primer brote de COVID-19 en España]. *Healthcare*, 10(7), 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071282>.
- Russell, D., Peplau, L., y Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence [Escala de Soledad UCLA revisada: Evidencia de validez concurrente y discriminante]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sacoto, F. (2021). Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud. *Mundosplurales*, 8(1), 57-64. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4849>
- Sánchez-Esquiche, W., Mariaca-Mamani, M., Anampa-Paucar, M., y Álvarez Becerra, R. (2021). Calidad del sueño en personal de salud expuestos a la pandemia de COVID-

- 19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 14(1), 10-13.
<https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/176/134>
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. doi: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Sánchez, H. (Ed.) y Mejía, K. (Ed.). (2020). Investigaciones en Salud Mental en Condiciones de Pandemia por el COVID-19. Universidad Ricardo Palma - Vicerrectorado de Investigación. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3311>
- Schaufeli, W., y Van Dierendonck, D. (1995). A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-off Points for the Maslach Burnout Inventory [Una nota de advertencia sobre la validez clínica y transnacional de los puntos de corte para el Inventario de Burnout de Maslach]. *Psychological Reports*, 76(3_suppl), 1083–1090.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1083>
- Secretaría de Salud del Municipio de Quito. (2022). *Informe epidemiológico de COVID -19 del Distrito Metropolitano de Quito*. <https://www.quitosaludable.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/Informe-Epidemiologico-SE17.pdf>
- Secretaría de Salud del Municipio de Quito. (s.f.). *Informes epidemiológicos*. Recuperado el 28 de octubre de 2022 de <https://www.quitosaludable.gob.ec/infomes-epidemiologicos/>
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. (13 de marzo de 2020). Informe No. 001. Informe de Situación COVID-19 Ecuador.
<https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No001-Casos-Coronavirus-Ecuador-12032020.pdf>
- Shigemura, J., Ursano, J., Morganstein, C., Kurosawa, M., y Benedek, M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations [Respuestas públicas al nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) en Japón: consecuencias para la salud mental y poblaciones

- objetivo]. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4): 281–282.
<https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Smith, B., Twohy, A. y Smith, G. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19 [Inflexibilidad psicológica y la intolerancia a la incertidumbre moderan la relación entre el aislamiento social y los resultados de salud mental durante la COVID-19]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 162-174.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.005>
- Torre-Muñoz, V., Farias-Cortés, J., Reyes-Vallejo, L., y Guillen-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Revista Mexicana de Urología*, 80(3), 1-10.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
- Vadi, S., Rungta Sanwalka, N., Shah, S. y Pednekar, A. (2022). Pandemic Rumination and Resilience on Frontline Health Care Professionals in India: A Cross-Sectional Survey [La rumiación pandémica y la resiliencia en los profesionales de la salud de primera línea en la India: una encuesta transversal]. *Archives of Clinical and Biomedical Research*, 6(3), 481-491. <https://doi.org/10.26502/acbr.50170262>
- Valiente-Barroso, C., Saiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R. y Martínez-Vicente, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. <https://hdl.handle.net/11441/128912>
- Valle, G. y Guedez, Y. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 53(5).
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- Vázquez-Morejón, A., y García-Bóveda, R. (1994). R U L S: escala de soledad UCLA revisada. fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97430/1/RevPsicoISalud_6_1_03.pdf

- Velasco, M., Hurtado, F. y Tapia, J. (2020). *¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?*. Observatorio Social del Ecuador y FES-Ildis. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de <https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica-pandemia-1>
- Vera Cohaila, B. (2021). Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, marzo-diciembre 2020. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(3), e1382. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n3.03>
- Villalobos, M., Saltos, I., Valle, M., Mier, G., y Silva, G. (2022). Liderazgo de Enfermería en el Contexto de la Pandemia en Ecuador. *Horizonte de Enfermería*, 33(1), 5-18. <http://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/40185/39739>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China [Respuestas Psicológicas Inmediatas y Factores Asociados durante la Etapa Inicial de la Epidemia de la Enfermedad por Coronavirus de 2019 (COVID-19) entre la Población General en China]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1729), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D. Li, S. y Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China [Los Efectos del Apoyo Social en la Calidad del Sueño del Personal Médico Tratando a Pacientes con Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) en Enero y Febrero de 2020 en China]. *Medical Science Monitor*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Zhu, W., Wei, Y., Meng, X. y Li, J. (2020). The mediation effects of coping style on the relationship between social support and anxiety in Chinese medical staff during COVID-19 [Los efectos de la mediación del estilo de afrontamiento en la relación entre el apoyo social y la ansiedad en el personal médico chino durante la COVID-19]. *BMC*

Health Services Research, 20(1007), 1-7. [https://doi.org/10.1186/s12913-020-05871-](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05871-6)

6

Zuñiga-Blanco, A., y Soto-Rodríguez, I. (2021). Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Espíritu Emprendedor TES*, 5(3), 45-61. <https://www.espirituemprendedores.com/index.php/revista/article/view/263/330>

Apéndices

Apéndice A. Información para participantes y consentimiento informado.

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.

Apéndice B. Instrumentos psicológicos utilizados.

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Género: Masculino Femenino Otro **Edad:** _____ años **Número de hijos:** _____
Ciudad de trabajo: _____ **Nacionalidad:** _____

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

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

Profesión: _____ **Título:** _____

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

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

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

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.
Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo Parcial
Tipo de institución: Pública Privada
En el último año usted ha tratado pacientes con riesgo de muerte: Si No

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

MBI

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

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

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

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

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

DASS-21

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

0= Nada aplicable en Mí

1= Aplicable a Mí en algún grado

2= Aplicable en Mí en alto grado

3= Muy aplicable en Mí

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

19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

AAQ – II

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

- 1= nunca es verdad
 2= muy rara vez es verdad
 3= rara vez es verdad
 4= a veces es verdad
 5= con frecuencia es verdad
 6= casi siempre es verdad
 7= siempre es verdad

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

UCLA-R

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

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

1.	¿Con qué frecuencia siente que echa en falta tener compañía?	1	2	3	4
2.	¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?	1	2	3	4
3.	¿Con qué frecuencia se siente aislado?	1	2	3	4

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