



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 cantón de Shushufindi de la
provincia de Sucumbíos**

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

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Autor: Tipán Lalón, Cristian Gerardo

Director: Gonzales Bustamante, Gabriela Alexandra

CENTRO UNIVERSITARIO PUYO

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 9 de febrero de 2023

Magister

Geovanny Cuenca Puma

Director de la carrera de psicología

Ciudad. – Loja

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 cantón de Shushufindi de la provincia de Sucumbíos, realizado por Cristian Gerardo Tipán Lalón, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Gabriela Alexandra Gonzales Bustamante

C.I.: 1103858096

Correo electrónico: gagonzales7@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Cristian Gerardo Tipán Lalón, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el cantón de Shushufindi de la provincia de Sucumbíos, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología, análisis de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Gabriela Alexandra Gonzales Bustamante, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autor: Cristian Gerardo Tipán Lalón

C.I.: 1600685174

Correo electrónico: cgtipan1@utpl.edu.ec

Índice de contenidos

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Índice de contenidos	V
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Marco teórico	5
1.1 COVID 19.....	5
1.1.1 Reseña histórica de la pandemia.....	5
1.1.2 Consecuencias de COVID 19	8
1.1.3 COVID 19 en Ecuador	12
1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones.....	15
1.1.5 El profesional de la salud y su rol en la familia	16
1.1.6 Efectos en la salud de los profesionales	16
1.2 Afectaciones a la Salud mental	16
1.2.1 Salud mental	17
1.2.2 Ansiedad	18
1.2.3 Depresión	19
1.2.4 Estrés.....	20
1.2.5 Burnout.....	21
1.2.6 Alteraciones del sueño.....	23
1.3 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios	24
1.3.1 Ansiedad	26
1.3.2 Depresión	27
1.3.3 Estrés.....	27

1.3.4	Burnout.....	27
1.3.5	Alteraciones del sueño.....	28
1.4	Variables psicosociales relacionadas a la salud mental	28
1.4.1	Inflexibilidad psicológica	29
1.4.2	Soledad y Apoyo Social	29
1.4.3	Estrategias de afrontamiento.....	31
1.4.4	Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud.....	32
	Metodología.....	35
2.1	Objetivos.....	35
2.2	Preguntas De Investigación.....	35
2.3	Tipo de Investigación.....	36
2.4	Diseño de Investigación	36
2.4.1	Población y Muestra	37
2.5	Criterios de Inclusión y Exclusión	37
2.6	Instrumentos de Recogida de Información	38
2.7	Procedimiento	40
	Análisis de resultados y discusión.....	42
3.1	Análisis de resultados	42
3.2	Discusión	48
	Conclusiones	55
	Recomendaciones	56
	Bibliografía.....	55
	Apéndice.....	65

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Estimación de porcentaje de personal sanitario que padece alteraciones psicológicas.</i>	25
Tabla 2. <i>Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.</i>	42
Tabla 3. <i>Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud</i>	43
Tabla 4. <i>Percepción de la salud mental del personal de salud.</i>	44
Tabla 5. <i>Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.</i>	46
Tabla 6. <i>Calidad de sueño del personal de salud</i>	46

Índice de figuras

Figura 1. <i>Cursos y desenlaces del SARS – CoV-2.</i>	7
Figura 2. <i>Tasa de positividad</i>	13
Figura 3. <i>Proceso metodológico.</i>	37

Resumen

Durante la pandemia COVID-19 el personal sanitario se expuso a situaciones laborales y emocionales extremas. En la ciudad de Shushufindi los trabajadores sanitarios afrontaron escases de personal, de medicamentos, riesgo de contagio, incertidumbre y pérdida de pacientes; situaciones vinculadas con el estado de bienestar psicosocial. El objetivo del estudio fue determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia COVID 19 en Shushufindi durante el año 2021. La investigación tuvo un diseño no experimental, descriptivo, exploratorio, cuantitativo y transversal. La muestra fue de 47 trabajadores sanitarios. Los instrumentos utilizados fueron el inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS) que mostró un 63,8% en agotamiento emocional bajo, 70,2% despersonalización baja y 46,8% realización personal alta; Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) que arrojó un 85,1% de estrés leve, 63,8% ansiedad leve y 80,9% depresión leve; el Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II) que mostró inflexibilidad psicológica de $12,94 \pm 6,27$; la Escala de Soledad (UCLA-3) que arrojó una percepción de soledad de $5,11 \pm 1,98$; y el Índice de calidad de sueño (PSQI) con el 72,3% con baja dificultad para dormir.

Palabras clave: Trabajadores sanitarios, Salud mental, COVID-19.

Abstract

During the COVID-19 pandemic, healthcare personnel were exposed to extreme work and emotional situations. In the city of Shushufindi, health workers faced shortages of personnel, medicines, risk of contagion, uncertainty and loss of patients; situations related to the state of psychosocial well-being. The objective of the study was to determine the mental health status of health workers during the COVID 19 pandemic in Shushufindi during the year 2021. The research had a non-experimental, descriptive, exploratory, quantitative and cross-sectional design. The sample was 47 health workers. The instruments used were the chronic work stress inventory (MBI-HSS), which showed 63.8% low emotional exhaustion, 70.2% low depersonalization, and 46.8% high personal accomplishment; Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) that showed 85.1% mild stress, 63.8% mild anxiety and 80.9% mild depression; the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) that showed psychological inflexibility of 12.94 ± 6.27 ; the Loneliness Scale (UCLA-3) which yielded a perception of loneliness of 5.11 ± 1.98 ; and the Sleep Quality Index (PSQI) with 72.3% having low difficulty sleeping.

Keywords: Health workers, Mental health, COVID-19.

Introducción

La pandemia COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, surgió a inicios del año 2020 en Wuhan, China, y en menos de seis meses se propagó a nivel mundial (Chicaiza, García, & Urrea, 2021). A diciembre del año 2022 se reportan 647,8 millones de casos y 6,65 millones de muertes a nivel mundial desde el inicio de la pandemia, de los cuales a la región de las Américas corresponden 183,4 millones de casos y 2,88 millones de muertes (Pan American Health Organization, 2022). En Sudamérica fueron reportados los primeros casos entre febrero y marzo del 2020, y cerca de un mes después países como Ecuador, Perú y Brasil ya superaban los 7 000, 10 000 y 24 000 casos de forma respectiva. Para abril del 2020 se reportaba una letalidad promedio del 4,11% (Rainer & Harumi, 2020).

La velocidad de propagación y la tasa de letalidad del virus provocó una crisis sanitaria resultante en confinamiento, aislamiento social, cierre de fronteras, y para el sector de la salud, la saturación y desbordamiento de los servicios de emergencia (Chicaiza et al., 2021). Para los trabajadores sanitarios la pandemia supuso un cambio directo y abrupto en su estilo de vida y trabajo. Las jornadas prolongadas, la exposición continua a pacientes contagiados, el observar las muertes por COVID-19 en primera línea, entre otros factores, afectaron su salud mental (Hidalgo et al., 2021; Mesa, 2022).

Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo general determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19. El estudio se centró en el personal de la salud de la ciudad de Shushufindi durante el año 2021. Para el cumplimiento de este objetivo se llevó a cabo una investigación descriptiva, de diseño no experimental, de corte transversal y exploratoria. Entre los objetivos específicos se planteó identificar el perfil sociodemográfico y laboral de los trabajadores, determinar el nivel de burnout, identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión; el grado de inflexibilidad psicológica y la calidad del sueño. Para eso se aplicó el Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), el Cuestionario de

aceptación y acción (AAQ - II) 7, la Escala de Soledad (UCLA-3) y el Índice de calidad de sueño (PSQI).

Para el desarrollo del estudio se recurrió, en primer lugar, a la construcción de una base teórica y referencial, para lo cual se llevó a cabo una investigación bibliográfica y documental a partir de libros, revistas académicas, estudios y otras fuentes. El capítulo se organizó en cuatro epígrafes principales, COVID-19, afectaciones a la salud mental, repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios y variables psicosociales relacionadas a la salud mental; de los cuales se derivaron múltiples subtemas.

El segundo capítulo presenta la descripción de la metodología de la investigación, en la que se detallan los objetivos y preguntas de investigación, se define el diseño de estudio, se señala la población y la muestra, y se presentan los instrumentos para la recolección de los datos y el procedimiento de análisis.

El tercer capítulo contiene el análisis de resultados y discusión. En primer lugar, se presenta la información referente a las características sociodemográficas del personal encuestado. Posteriormente se presenta la percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud, la percepción de la salud mental del personal de salud, los niveles obtenidos de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, y los niveles de calidad del sueño. Por último, se desarrolla la discusión de los datos con otros estudios. Al final se presentan las conclusiones, recomendaciones y referencias.

Mediante este estudio se pretende resaltar la importancia de gestionar de manera preventiva la salud mental de los trabajadores sanitarios, misma que puede verse fuertemente afectada ante eventos epidémicos o pandémicos, en los que se incrementa la carga laboral, los estresores, y factores con un fuerte impacto emocional.

Marco teórico

1.1 COVID 19

El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió reportes de presencia de neumonía, de origen desconocido, en la ciudad de Wuhan, en China. Rápidamente, a principios de enero del 2020, las autoridades de este país identificaron la causa como una nueva cepa de coronavirus, en ese entender, la pandemia del Covid 19 se consideró como una emergencia sanitaria internacional el 30 de enero del 2020 debido a la rapidez de su propagación, afectando al sistema respiratorio llegando hasta la muerte masiva de la población mundial, para ello la humanidad fue sometida a un confinamiento por un promedio de 2 años que ha evidenciado las desigualdades sanitarias, económicas, sociales, culturales y políticas de la humanidad.

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

En diciembre del 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas, como consecuencia de ello diversos pacientes con diagnósticos de neumonía de etiología no conocida, la mayoría de estos pacientes fueron vinculados epidemiológicamente a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hube (Álvarez, 2020).

El gran crecimiento económico de las regiones del sur de China, llevó a una alta demanda de proteína animal, incluyendo animales exóticos, como culebras, civetas, pangolines y murciélagos, las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos, han permitido que los virus se transmitan entre animales y desde animales a humanos, a esta transmisión de enfermedades de animales a humanos se le conoce con el término de zoonosis, durante la epidemia del SARS en 2002-2003, la rápida diseminación global se vio favorecida por el desconocimiento inicial en relación al manejo de los pacientes contagiados y el tráfico aéreo internacional, lo mismo ha sucedido en esta ocasión con el SARS-CoV-2 (Álvarez, 2020).

Durante el 18 de diciembre y el 29 de diciembre del 2019, se reportaron los primeros cinco casos, de los cuales cuatro de estos pacientes fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo y uno de estos pacientes falleció, la mayoría de los pacientes aseguraron tener relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei en Wuhan, ya para el primero de enero del presente año, el mercado de Wuhan había sido cerrado y no existía evidencia clara de transmisión persona a persona, el 2 de enero, un total de 41 pacientes habían sido hospitalizados y sólo un paciente que presentaba patologías preexistentes serias, había fallecido (Koury, 2020)

El primer simposio COVID -19 HHA desarrollado por Basanta alude que:

El curso de la enfermedad es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal. La forma asintomática y las presentaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras. (Basanta, 2020, p. 15)

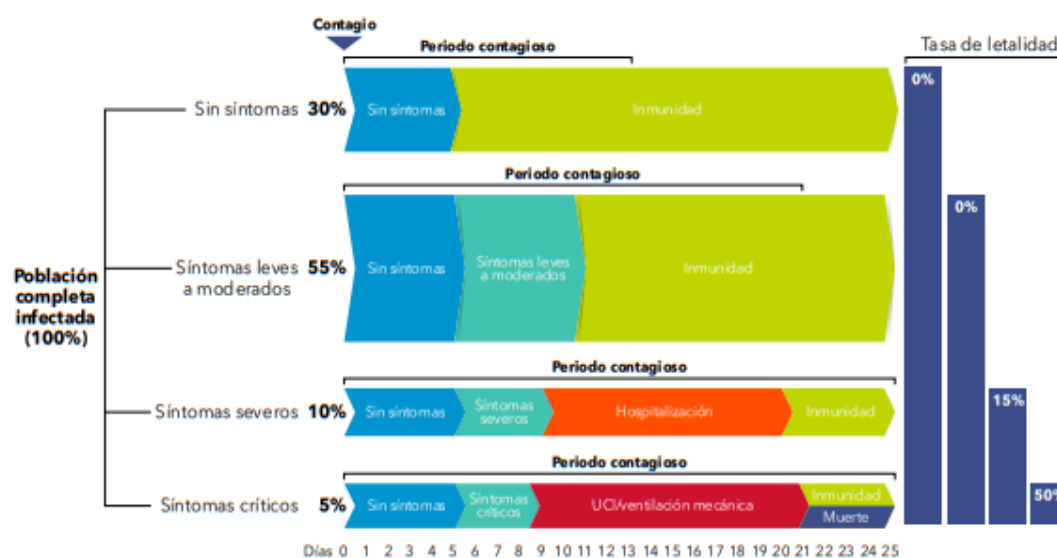
La revista Habanera de ciencias médicas publicó un artículo de Pérez et al. (2020) basado en las características clínicas de la infección donde consideran que los síntomas más comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fatiga es común, y las mialgias y la cefalea ocurren entre el 10% y 20% de los casos. Ena y Wenzel (2020) en su artículo mencionan que la disnea se ha reportado con frecuencias muy variables, desde 8% hasta más del 60%, dependiendo de los criterios de inclusión de cada estudio. Otros síntomas de afectación del tracto respiratorio alto, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, se presentan en menos del 15% de los casos. Las manifestaciones gastrointestinales, como náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea, se presentan tempranamente entre el 10% y 20% de los pacientes. Las

alteraciones de los sentidos del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia) también son frecuentes. Entre las complicaciones más comunes de la COVID-19 se menciona la neumonía, presente virtualmente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en la forma de choque séptico. Los trastornos de la coagulación, expresados por la prolongación del tiempo de protrombina, el aumento del dímero D y la disminución en el recuento de plaquetas, han llevado a pensar que la coagulación intravascular diseminada es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, por lo que algunos recomiendan anticoagulación temprana. El compromiso de múltiples órganos se expresa por la alteración de las pruebas bioquímicas, como la elevación de las aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, creatinina, troponinas, proteína C reactiva y procalcitonina (Díaz & Toro, 2020).

Imagen de cursos y desenlaces del SARS-CoV-2

Figura 1.

Cursos y desenlaces del SARS – CoV-2



Nota. Tomado de Organización Panamericana de la Salud (15 de agosto de 2022).

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-199.pdf>

La figura 1 explica los 4 panoramas sintomáticos y asintomáticos que han presentado las personas que estuvieron contagiadas por COVID-19. Se caracteriza a los pacientes como: sin síntomas, síntomas leves a moderados, síntomas severos y críticos los cuales han sido

estudiados de acuerdo a una línea temporal del periodo de contagio a fin de evidenciar la línea de evolución de la enfermedad en comparación con el nivel de letalidad.

1.1.2 Consecuencias de COVID 19

Las consecuencias de la enfermedad por COVID-19 son variadas y abarcan desde afectaciones físicas a la salud hasta consecuencias a escala mundial por las condiciones a las que debe ajustarse la sociedad y que se han denominado como nueva normalidad. A continuación, se describen varios campos afectados por las medidas para frenar el nivel de contagio y la minimización de muertes:

- Social

Si bien no es la primera vez, en estos últimos años, que aparece este tipo de peligros a causa de un brote epidémico relacionado a transformaciones genéticas que terminan afectando la salud y la vida humana, lo novedoso en esta oportunidad es que se trata de una cuestión que está amenazando a toda la población del planeta entero, esto fundamentalmente motivado por el gran impulso de la globalización relacionada sobre todo al del transporte (Neidhofer, 2020).

La emergencia por la pandemia también ha visibilizado las vulnerabilidades estructurales preexistentes y, a la vez, viene generando vulnerabilidades específicas emergentes de esta nueva situación que constituye una situación disruptiva, que genera altos niveles de estrés individual y colectivo e implica una situación trágica a causa de las pérdidas de vidas humanas y de seres queridos, además de problemas relacionados a la salud, vivienda, bienes y/o empleo (Fillat, 2020).

Es por ello que surgen manifestaciones emocionales como angustia, desconfianza, ansiedad, temor al contagio, enojo, irritabilidad, sensación de indefensión frente a la incertidumbre e impotencia, también han surgido expresiones de discriminación y estigma frente a las personas diagnosticadas con COVID-19, dado que es una enfermedad transmisible, nueva y desconocida, estos problemas se complejizan en el caso de personas con dificultades cognitivas que afectan su toma de decisiones, en aquellos que presentan

carencias educativas y materiales, que ya estaban en condiciones de vulnerabilidad social por la informalidad o falta de trabajo, por la marginalidad en la cual se encontraban dentro de la sociedad, por su condición etaria o por las carencias de su vivienda (UNESCO, 2020).

En lo que respecta a las comunidades, es clave el esfuerzo conjunto para reducir el riesgo de transmisión, es decir, las medidas higiénicas de prevención no tendrían efecto si las otras personas no tomaran recaudos, no solo por mantener la higiene, sino también por el nivel de responsabilidad individual y ciudadana en cuanto a la transmisión del virus, al mismo tiempo, se pone de manifiesto y se consolida la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva multirriesgo: riesgo de contagio, de perder las fuentes de trabajo, de no recibir asistencia médica efectiva y oportuna, o de no contar con agua potable por la activación de otras amenazas como sequías, inundaciones o huracanes (Bárcena, 2020).

- Económico

La pandemia de COVID-19 ha generado choques que han causado fluctuaciones económicas a nivel mundial, hundiéndola en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial, urgiendo a los gobiernos por el conocimiento y la comprensión del comportamiento de las variables macroeconómicas clave tales como: la tasa de crecimiento del PIB, inflación, desempleo, precios de materias primas. (Delgado & Foladori, 2020)

La literatura que analiza la relación entre la pandemia del COVID - 19, su repercusión e impactos en las economías es relativamente reciente y está comenzando a emerger, por lo tanto, no hay todavía muchos estudios que nos brinden información y resultados del efecto de la pandemia en las economías, lo cual representa un vacío de investigación que puede repercutir en el diseño de políticas públicas ineficaces que no solucionen los reales problemas derivados y agravados por la pandemia (Banco Mundial, 2020).

El Banco Central del Ecuador (2020), en su informe trimestral, informa que las actividades productivas, debido a la pandemia por COVID-2019, fue afectada negativamente lo que generó un decrecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del 12.4% en el segundo semestre del 2020. Este comportamiento se explica por una disminución de la formación bruta

de capital fijo del 11,9%; disminución del gasto de consumo final de los hogares del 7,0%; reducción del gasto de consumo del gobierno del 6,1%; y, por la contracción de las exportaciones de bienes y servicios en 2,1% y las importaciones de bienes y servicios disminuyeron en 7,9% en comparación con 2019 (Berrones, 2020).

- Laboral

El mercado laboral en tiempos de crisis sanitaria es preocupante, debido a la pérdida de fuentes de trabajo y cambios normativos, la crisis sanitaria y las medidas adoptadas para su mitigación han tenido como consecuencia la disminución de plazas de empleo, la modificación de las jornadas laborales y el aumento del empleo informal. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (2020), Ecuador podría perder entre el 4,3% y 14,4% de los empleos formales, dependiendo de la duración y severidad de la crisis.

El impacto laboral en tiempos de la crisis sanitaria dentro del Ecuador es a un altamente incierto. Algunas estimaciones señalan que el empleo formal podría caer entre un - 4.3% y un -14.4% en Ecuador en 2020, dependiendo de la intensidad y la duración de la crisis (Delgado & Foladori, 2020). Ciertamente, el efecto sobre el empleo dependerá no solo de la duración de la crisis (tanto en el ámbito nacional como a nivel internacional) y de las respuestas que se den a ella, sino que también viene determinado por algunas debilidades estructurales del mercado laboral ecuatoriano (Molina, 2021).

En este sentido, en la medida en que la crisis sanitaria y económica genere despidos, reducciones de horarios, o deterioro de las condiciones laborales, es de esperar que aumente tanto el desempleo como el subempleo y otras categorías de empleo no adecuado. De hecho, en la historia reciente de Ecuador, los episodios de caída del crecimiento económico han venido asociados con una reducción del empleo adecuado y un aumento del subempleo. Por ejemplo, en el periodo 2014-2016 de desaceleración económica, el subempleo aumentó y el empleo adecuado fue la baja, en tanto que, en diciembre de 2019, el empleo adecuado representaba un 38.8% del total de la población en edad de trabajar (PEA), el subempleo se situó en un 17.8%, y otros empleos no plenos supusieron un 28% de la PEA, con un 10.9%

de empleo no remunerado y un 3.8% de desempleo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2022).

- Familiar

Esto también se expresa en el entorno familiar, por ello en los hogares se percibe que los conflictos en el ambiente familiar han disminuido desde 2020, de 23% a 17%. En los hogares con niñas, niños y adolescentes, la situación disminuyó de 25% en 2020 a 18% en 2022. A febrero de 2022, 7 de cada 10 hogares reportan que sus niños y niñas han sufrido al menos una situación emocional, siendo las más habituales percibirlos tristes y sin ánimo, agresivos o tercos y tener nuevos miedos (UNICEF, 2022).

Calisaya (2020) en su estudio sobre la significancia del soporte familiar durante la recuperación de pacientes con coronavirus concluye en su estudio al encuestar a varias personas, que habían sido diagnosticadas con COVID-19, sobre diferentes aspectos del rol de sus familias. El estudio encontró que el 96.2% recibió soporte religioso de sus familias y el 87.1% mencionaron haber recibido soporte afectivo, el 83.3% se sintió respetado y valorado (p.5).

- Psicológico

Dentro de las manifestaciones reportadas con mayor frecuencia en los estudios consultados se encontraron los trastornos emocionales, depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional (UNICEF, 2022).

Ecuador ha sido uno de los países más golpeados por el coronavirus, en América Latina, pero, la salud mental es también una de las principales preocupaciones pues en el mundo, ocurre un suicidio cada 40 segundos y como consecuencia de la pandemia, la salud mental de quienes son más vulnerables también se esté deteriorando (Gil-Fortoul, 2021).

Cabezas (2020) cita los hallazgos del Observatorio Social de Ecuador ha dado a conocer que entre 2014 y 2019 se produjeron en el país 5.300 suicidios (entre dos y tres al día). A ello se le suman los intentos, unos 20 por cada suicidio consumado. Hace poco se

conocía que los casos de suicidio en Ecuador han aumentado desde el inicio de la pandemia, siendo la provincia del Guayas, uno de los que han sufrido más duramente la COVID-19. Se estima que durante los primeros 10 meses del año han ocurrido 977 suicidios, más de tres al día. Existen casos preocupantes de personas jóvenes, incluso niños y niñas. De hecho, el suicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes en Ecuador (p.11).

Por su parte Broche (2021) alude que:

Los grupos más vulnerables de población son también quienes más están sufriendo las consecuencias que deja la pandemia. La falta de oportunidades y de perspectiva de futuro merman la salud física, pero también mental, de las personas que son foco del trabajo de Ayuda en Acción (Broche, 2021, p. 56).

De lo expresado por los autores se puede inferir que existe una relación estrecha entre la proliferación de la pandemia de la Covid 19 en Ecuador y la salud física y mental de la población. Esto, a decir de los autores citados, se daría porque la población de un determinado lugar, cuando se enfrenta a situaciones de riesgo donde su vida corre peligro, tiende a debilitar sus mecanismos de defensa y eleva sus índices de estrés, con lo cual la posibilidad de afectar su salud se eleva considerablemente.

1.1.3 COVID 19 en Ecuador

Chauca (2020) en relación con el caso de COVID – 19 registrado el 29 de febrero de 2020 nos dice que el gobierno velozmente implementó medidas de bioseguridad para la población, sin embargo, los primeros meses fueron importantes ya se hubo una propagación de manera rápida en las provincias costeras como consecuencia de la falta de acciones basadas en la situación epidemiológica y esto debido a la ausencia de un sistema de datos abiertos.

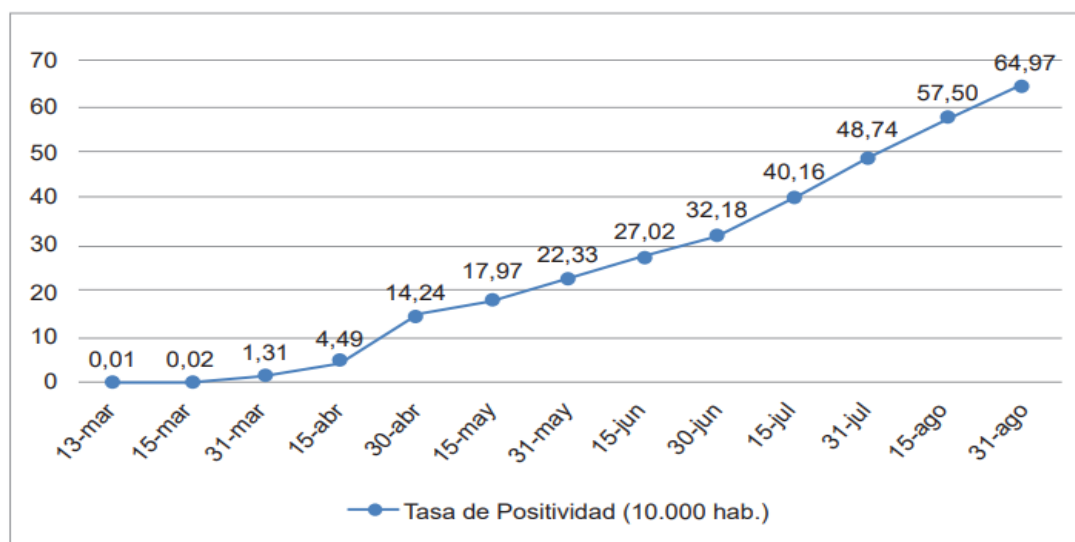
Los resultados muestran que Ecuador tiene tasas de positividad (64,97), letalidad 5,86% y mortalidad por cada 10.000 habitantes (1,04) sobre la media mundial y un exceso de mortalidad del 77,37% desde marzo hasta agosto. Además, al ser uno de los países con menor número de test realizados es evidente que el subregistro de datos no refleja la

gravedad de la COVID-19. En el caso de Ecuador, la evolución de la tasa de positividad por cada 10.000 habitantes se caracteriza por presentar un crecimiento lineal constante (Chauca, 2021, p. 24).

Haro (2020) menciona que a partir del 15 de abril de 2020 se observa un incremento acelerado de los casos de personas contagiadas con COVID-19. Por esta razón, la tasa de positividad pasó de 4,49 a 17,97 en un mes. Como se observa en la tabla 1, donde la tasa de casos positivos en el país ha incrementado y alcanza un pico de 64,97 por cada 10 mil habitantes.

Figura 2.

Tasa de positividad



Nota. Tomado de Tasa de positividad del SARS-CoV-2 [Fotografía], por OMS. Reporte covid-19 2020, 1002- 38-2406-2-10-20220221

Respecto al porcentaje de letalidad, Parra (2021) manifiesta que en países tales como Ecuador, Bolivia y Perú tienen cifras sobre la media mundial 3,45% y latinoamericana 4%, siendo Ecuador, el país con la cifra más alta, equivalente a 9,05% si se consideran a los fallecidos confirmados y probables por COVID-19 y a 5,76% si solo se toma en cuenta a los fallecidos confirmados. Así mismo nos indica que Paraguay es el país con la menor tasa de letalidad 1,82%, seguido de Argentina con 2,06%.

A nivel provincial Tungurahua, Cotopaxi, Santo Domingo de los Tsáchilas, El Oro, Guayas, Los Ríos, Manabí, Chimborazo y Santa Elena, las provincias que tienen tasas sobre la media nacional 5,86%. Por su parte, Santa Elena presenta una letalidad 4,7 veces mayor al porcentaje nacional. En este contexto, Ecuador es uno de los países que ha realizado menos pruebas para diagnosticar COVID-19. Además, los test se han enfocado de manera preferencial en la población con síntomas de neumonía, y esta puede ser una de las razones por las cuales su porcentaje de positividad de 34,59% es uno de los más altos, no solo a nivel mundial sino también en el continente americano (Parra, 2021).

Además, Michel Parra dice que para el año 2020, hay una diferencia de 28.961 muertes desde marzo hasta agosto en comparación con las cifras reportadas en el año 2019. Según datos oficiales 10.297 muertes han sido por COVID-19, quedando 18.664 defunciones que podrían ser atribuidas al COVID-19 porque no ha existido ningún otro evento en el país que explique el aumento acelerado del número de fallecidos. De este universo encontramos que las provincias que mayores tasas de exceso de defunciones presentan son Guayas y Santa Elena con un total de 347,6 y 332,4 fallecidos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Estos datos evidencian el subregistro de datos, la gravedad de la COVID-19 y la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control. (Parra, 2021, p. 78)

Como podemos apreciar en los estudios citados anteriormente, durante el año 2021, el Ecuador fue uno de los países de América latina donde los índices de contagio y proliferación del Covid 19 fueron más dinámicos, con lo cual se terminó afectando la salud física y psicológica de la población. Esta manifestación concreta relacionada a los avances vertiginosos de la pandemia del Covid 19, puso también en evidencia la difícil situación del sistema sanitario ecuatoriano y la necesidad de reforzar los mecanismos de prevención y control.

1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

Es por ello que la incertidumbre y el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a auto cuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes.

Los cambios repentinos en el estilo de vida de la población fruto de esta emergencia sanitaria, ha contribuido al desarrollo de problemas intra e inter personales como la ansiedad, estrés, miedo, depresión e incluso el pánico (Guerra, 2022).

El personal sanitario historiado estuvo sometido a un cambio brusco en su entorno social, muchos de ellos fueron sometidos a situaciones de estrés por el alto riesgo de infección, limitados equipos de protección, el aislamiento voluntario u obligado, la aprensión de contagiar a sus familias e incluso el rechazo y ataque de propagar el virus debido al contacto directo que tenían con personas enfermas que en un principio parecían tener menor repercusión, ya que el virus afectó a un país lejano, sin embargo, al poco tiempo la realidad cambió radicalmente creando una gran preocupación en nuestra sociedad (Bermejo, 2022).

Cabe mencionar que la pandemia trajo consigo una serie de implicaciones psicosociales que terminaron afectando el desempeño laboral del personal de la primera línea, lo cual estuvo asociado al riesgo de contagio y a la posibilidad de poner en riesgo la salud de su familia. Esto tiene que ver también con el incremento del estrés laboral asociado al incremento de las labores y al trabajo en condiciones de riesgo, así como a la posibilidad permanente de incrementar sus horarios y jornadas de trabajo, lo cual terminaría afectando también sus ingresos ya que este incremento de la jornada laboral no se condice con un incremento salarial. En este contexto, los profesionales involucrados en la investigación trabajaron en el área COVID desde el inicio de la pandemia, con recursos limitados, desorientados a causa de la gran cantidad de información y los constantes cambios de protocolos de manejo, sobrecargados laboralmente debido a la alta afluencia de pacientes y cubriendo turnos de 12 y 24 horas (Izurieta, 2022):

1.1.5 El profesional de la salud y su rol en la familia

Por su parte, Álvarez (2022) dice que en los profesionales de la salud se pudo observar que el trabajo desarrollado en las dependencias hospitalarias sin duda ejerce influencia sobre cada uno de sus miembros. La familia al ser parte del sistema social responde a la cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. Todo esto se vio afectado debido a la situación actual con la consecuente disfunción familiar. El estar lejos de la familia y amigos ha llegado a afectar emocionalmente.

1.1.6 Efectos en la salud de los profesionales

El personal sanitario ha luchado durante esta pandemia bajo una gran carga laboral lo cual se traduce en un desgaste emocional a consecuencia del estrés al que están expuestos y sus efectos negativos podrían llegar a manifestarse a nivel somático. Dentro del área de cuidados intensivos, el ambiente es muy intenso y termina jugando con la salud física y mental: desesperación, frustración, ansiedad, depresión, insomnio, cansancio, y al terminar el día; desgano total, ganas de salir corriendo y no regresar (Lliguisupa, 2021).

Esto quiere decir que existe una relación muy estrecha entre la salud emocional y la salud física de los trabajadores que se desenvuelven en el sector sanitario. Es por esta razón que la alta presión psicológica a la que están expuestos dichos trabajadores de manera cotidiana a raíz de las exigencias generadas por la proliferación de la pandemia del Covid 19, podría terminar afectando o mermando de manera significativa sus condiciones de salud física.

1.2 Afectaciones a la Salud mental

Es por ello que, según lo han podido evidenciar los diferentes estudios que venimos citando, la salud de los proveedores de salud en el Ecuador están en constante riesgo ya que, como se mencionó anteriormente, al estar expuestos de manera recurrente a situaciones generadoras de estrés laboral, por su condición de trabajadores de primera línea, terminan

viendo afectada su salud emocional y psicológica, lo cual, a su vez pone en riesgo otros componentes de su salud física, así como del resto de los miembros de sus familias.

1.2.1 Salud mental

Según Rodríguez (2020) A lo largo de los años, con el avance de la ciencia y la acumulación de conocimiento se han ido desechando mitos y creencias sin fundamento, con lo cual, paralelamente se desarrolla la psicología como campo de estudio del cerebro humano. Se registra entonces que alrededor del 15% de las enfermedades se atribuyen a desórdenes neuropsiquiátricos debido a problemas naturales, al abuso de alcohol, de sustancias ilícitas, entre otras.

Dado este contexto, los desórdenes mentales se convirtieron en un tópico muy importante para las organizaciones de salud pública. Surge así la necesidad de que la medicina física en si misma busque una explicación filosófica acerca de lo que es la salud y la enfermedad. Así, Rondón (2016) menciona que una enfermedad es un tipo de estado interno de cierto organismo que le impide ejecutar una función natural de forma óptima. Se dice entonces que la salud es la ausencia de enfermedad, según la (OMS), y el concepto queda así extendido para todo cuanto concierne a salud de la mente, y la ejecución de sus funciones naturales.

Toda la carga de los desórdenes mentales y problemas psicológicos suele ser subestimada y no se le trata como a otras condiciones de salud, sin embargo, no puede haber salud sin salud mental para resolver los problemas existentes se requiere intervenir a nivel psicosocial que sea posible atender íntegramente la variedad de enfermedades y males mentales por lo tanto, es indispensable el mejoramiento de los sistemas de salud al servicio de cuidado de salud mental promoviendo programas y actividades que inviten a la ciudadanía a ser parte de ellos sin temor a ser juzgados o estigmatizados, si no que cada vez el cuidado de la salud mental sea normalizado y acogido por toda la población (Vega-Dienstmaier, 2019).

Entre las principales alteraciones de salud mental reportadas están las siguientes:

1.2.2 Ansiedad

La ansiedad es definida como un estado emocional temporalmente difuso y suele ser causada por una situación peligrosa o dañina, la cual es muy poco probable que ocurra y cause daño a la persona, pero al no conocerlo con certeza se genera un sentimiento de intriga y preocupación, los psicólogos y psiquiatras han reconocido que existen dos tipos de ansiedad, una de estado y otra de pensamiento (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

La ansiedad de estado es una respuesta exasperada y aguda frente a una posible amenaza que ha surgido de pronto, se la caracteriza por un comportamiento hiper vigilante anticipándose a una amenaza que se desata por un estrés agudo, esta es una respuesta corporal que busca evitar situaciones peligrosas y favorecer la consolidación de memorias, por otro lado la ansiedad de pensamiento es una condición crónica que se expresa constantemente durante la vida de la persona que lo padece, y es considerado propio de su personalidad, es la predisposición de un individuo a expresar ansiedad frente a cualquier situación y puede ocasionar situaciones potencialmente peligrosas al percibir peligro y entrar en una fase de ansiedad de estado, con esto, nótese que una persona puede padecer inclusive ambos tipos de ansiedad (Fernández, 2018).

- Etiología

Para Veléz (2018) la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad (TA):

Constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (Veléz, 2018, p. 2)

Factores biológicos: Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor

contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social (Broche, 2021).

Factores psicosociales: Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas.

Factores traumáticos: Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (Broche, 2021).

Factores psicodinámicos: La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas.

Síntomas

- Problemas para conciliar el sueño
- Dificultad de concentración
- Cambios repentinos de humor
- Dificultad para respirar
- Agitación
- Dolor de pecho
- Frenesí de ideas/pensamientos confusos (Broche, 2021).

1.2.3 Depresión

Particularmente esta alteración en la salud mental está estrechamente ligada con el hecho de que los desórdenes mentales están asociados de forma independiente con exceso de sustancias en todos los riesgos de mortalidad: los diagnósticos de depresión por ejemplo

están ligados con casi todas las causas de mortalidad, y esta conclusión se obtiene al analizar datos existentes en hospitales y centros de salud, excluyendo los casos de suicidio (Moscoso, 2017).

La depresión tiene varios efectos a nivel biológico, pues altera la función cardíaca y causa vasoconstricción, esto debido al metabolismo de la serotonina, también incrementa los niveles de cortisol, genera inflamación y síndromes metabólicos debido al metabolismo de cortisol, además desencadena procesos de inflamación que terminan en afectaciones a la salud cardiovascular; afecta también a inmunidad celular, lo que conlleva al progresivo desarrollo de enfermedades de forma acelerada, dado que el organismo queda incapaz de defenderse (Tulio, 2021).

Entre los síntomas más comunes tenemos:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso
- Ansiedad, agitación o inquietud (Tulio, 2021).

1.2.4 Estrés

Herrera (2017) considera que el estrés, creado por una amenaza real o subjetiva (agente estresor) puede ser definido como un estado de emergencia en el que entra un organismo en respuesta a un desafío para mantener su equilibrio interno (homeostasis). Mientras dura el estado de emergencia el individuo lleva a cabo una reacción integrada que

incluye respuestas fisiológicas y conductuales. En este caso pueden también presentarse amenazas internas (cambios en el torrente sanguíneo o a nivel muscular al sufrir un accidente) o externas (posibles situaciones que pondrían en riesgo la seguridad física o emocional del individuo), en este sentido se induce un factor de anticipación (anticiparse a las situaciones, sobre pensar) y es este el que liga al estrés con otro mal de la salud mental.

Después de décadas de investigación en psicología, etología, neurofisiología entre otras ramas del estudio neuronal se ha encontrado un vínculo directo entre estrés y ansiedad, aunque los detalles de la relación entre estos permanecen abiertos a discusión (Águila, 2015).

Causas

- Síntomas cognitivos
- Problemas de memoria
- Incapacidad para concentrarte
- Juicio pobre
- Ver solamente lo negativo
- Ansiedad o pensamientos recurrentes
- Preocupaciones constantes (Águila, 2015).

Síntomas

- Comer más o menos
- Dormir mucho o poco
- Aislarte de otros
- Procrastinar o rechazar responsabilidades
- Consumir alcohol, tabaco, o sustancias relajantes
- Hábitos nerviosos (morderse las uñas) (Águila, 2015)

1.2.5 *Burnout*

En los últimos años ha existido un creciente interés por las consecuencias a largo plazo que se registran en el burnout. No es un fenómeno que este en la mente del paciente como un hecho aislado, sino que a nivel mental involucra complejos procesos biológicos que

deben ser estudiados a cabalidad, y es este precisamente el objetivo de los investigadores interesados en el mismo (Vidotti, 2019).

El burnout representa un estado afectivo negativo que consta de sentimientos de agotamiento emocional, fatiga física o corporal, desgaste en el sentido cognitivo y además los pacientes muestran que toda su energía se ve expulsada, por lo que quedan exhaustos a nivel físico y mental, esto se debe a que los individuos han estado expuestos a trabajo crónico demandante o forzado y al hecho de llevar una vida llena de situaciones de estrés, generalmente causado por la variedad de ocupaciones o responsabilidades, por lo que ni siquiera es posible para ellos darse el tiempo de practicar actividades de relajación, como el ejercicio físico y/o terapias de recreación (Bambula, 2016).

El burnout puede quedarse por largos periodos de tiempo en la vida de individuo si no es tratado a tiempo, y podría convertirse en una constante. Aparte de contribuir negativamente a la calidad de vida y salud mental del individuo esta afectación mental está relacionada con un incremento en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, desordenes musculoesqueléticos e infertilidad (Lovo, 2021).

Causas

- Sufrir mucha presión.
- Presenciar un mal clima laboral durante mucho tiempo.
- No poder controlar las decisiones laborales importantes.
- Falta de expectativas laborales.
- Realizar un trabajo monótono un día tras otro.
- Sentirse aislado en la oficina o en la vida personal.
- Ser víctima de mobbing o acoso laboral. Dentro de este escenario entran situaciones como sufrir insultos o humillaciones, ser víctima de rumores o tener que realizar tareas denigrantes. (Lovo, 2021)

Síntomas

- Falta de energía.

- Agotamiento físico, mental y/o emocional.
- Distanciamiento mental del puesto de trabajo y de los compañeros.
- Disminución de la productividad laboral y de la concentración.
- Altos niveles de estrés.
- Sensación de fracaso y frustración porque el trabajo no sale como estaba planeado.
- Incapacidad para desconectar del trabajo estando en casa. (Lovo, 2021)

1.2.6 Alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño son más conocidas como insomnios y se define como la dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo prolongadamente por la noche, pues puede darse el caso de despertarse varias veces en la madrugada y no lograr completar su ciclo de sueño o bien despierta en la madrugada sin siquiera haber completado las 6 horas mínimas que como adulto requeriría el individuo, siendo una alteración mental crónica asociada con el desarrollo de enfermedades como el CVD (Mora, 2018).

Dada la relación que se ha hallado entre estas dos patologías mentales, pueden desencadenar los mismos problemas en la salud física y se predice que es muy posible que se influyeran mutuamente a lo largo de la vida del individuo, en una especie de círculo vicioso, mientras en los científicos siguen desarrollando estudios que permitan tener en claridad la relación entre las dos enfermedades, pues hacen falta estudios de carácter longitudinal para poder establecer conclusiones generales (Lira, 2018).

Síntomas

- Piernas inquietas: incómodas y dolorosas parestesias (sensación de hormigueo) en el interior de las piernas, movimientos espontáneos e incontrolables.
- Sonambulismo: caminar de modo semiinconsciente dormido.
- Terrores nocturnos: episodios de terror con gritos y agitación, a veces acompañados de sonambulismo.

- Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos o fin prematuro del sueño.
- Hipersomnias: aumenta un 25% el sueño habitual.
- Narcolepsia: crisis reiterada de sueño durante la vigilia.
- Ronquido y apneas del sueño: obstrucción de la faringe que no deja pasar el aire (Lira, 2018).

Además de ello cabe mencionar que el síndrome de burnout presenta tres dimensiones las cuales están asociadas a: agotamiento personal, despersonalización y realización personal. Cuando hablamos de la dimensión agotamiento personal nos referimos a la valoración que se hace de la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Así mismo, cuando hablamos de la dimensión despersonalización, lo que se busca evaluar es el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Mientras que cuando nos referimos a la dimensión realización personal, lo que se expresa son los sentimientos de autoeficacia y realización del personal en el trabajo.

1.3 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

A lo largo de la historia humana tanto las pandemias como las epidemias han estado presentes y de hecho es el último siglo en el que se han registrado la Gripe Española, la Gripe Asiática, el SARS (2003), el Ébola, entre otras que han afectado a nivel mundial. En este contexto diferentes estudios se han llevado a cabo en el pasado con la finalidad de cuantificar, si se permite el abuso del término, la sintomatología psicológica que se deriva de estas pandemias o epidemias (Osorio, 2020).

López (2021, p. 15) habla sobre un síndrome muy peculiar conocido como “trastorno de estrés de primera línea” y explica que requiere de un elevado nivel de respuestas emocionales ante los hechos, sean estos incluso de la vida cotidiana, desencadenando ansiedad y respuestas a nivel fisiológico que pueden ser palpitaciones e insomnio y puede progresar el malestar y generar desórdenes, tanto mentales como físicos. Los hallazgos revelan que los trabajadores de salud que enfrentaron la pandemia en primera línea han sido

expuestos a tan alto nivel de estrés como para considerarlo eventos traumáticos, los mismos que generan consecuencias negativas de alto impacto en la vida de los individuos. Se ha documentado un estimado porcentual de los siguientes padecimientos mentales en personal sanitario.

Tabla 1.

Estimación de porcentaje de personal sanitario que padece alteraciones psicológicas.

Alteración psicológica	Porcentaje de personal sanitario que la padece
Depresión	50.4%
Ansiedad	23.04% – 44.6%
Insomnio	34.0%
Estrés	27.39% - 71.5%

Nota. Elaborado a partir de Lai, et al (. 2020)

Barriga (2020) en su artículo “Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario” menciona que las enfermeras, niños y adolescentes, personal sanitario de primera línea y profesionales inmediatos asistentes en la pandemia reportaron un severo grado de síntomas de daño mental en comparación con otros trabajadores de salud y asociados. Fue precisamente a medida que la pandemia se esparcía y los casos se volvían más graves que el personal sanitario se vio afectado con síntomas psicológicos. Al comparar estos informes con aquellos presentados al analizar a trabajadores de salud en segunda línea y auxiliares, se determinó que el trabajar directamente con pacientes contagiados de COVID-19 resulta ser un factor de riesgo independiente para todos los síntomas siquiátricos, cabe recalcar que se ha podido llegar a estas conclusiones en base a los ajustes estadísticos pertinentes.

Para concluir se presenta un resumen del impacto que la pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha causado en el personal sanitario: personal auxiliar reportó daño leve, mientras que personal de segunda línea reportó síntomas psicopatológicos. Basado en datos demográficos (estado marital, lugar de residencia, nivel de instrucción) no hubo diferencia hallada en cuanto a impacto psicológico (Gómez, 2020).

En los estudios publicados por diferentes investigadores se evidenció que en los trabajadores de salud (personal sanitario) se encontraban cuadros de ansiedad, depresión y

otras alteraciones psicológicas; al considerar otras variables de estudio y comparar muestras con enfermeras que no estaban en la primera línea y población en general no había diferencia de traumas en los tres grupos. Esto es de esperarse pues en todos los estudios ha de hallarse variedad de resultados, y queda en el lector contrastar las hipótesis y procedimientos seguidos en cada investigación para poder emitir un juicio final acerca de si el estrés en personal sanitario es más pronunciado que en otros sujetos de estudio. Por esta razón también me gustaría mencionar un estudio llevado a cabo a rigor en los hospitales de China, en el cual se observó que tanto doctores como enfermeras que enfrentaron al COVID-19 en primera línea presentaban alteraciones psicológicas severas y estrés postraumático, en mayor medida que los sujetos de referencia en el estudio, esto es, la población general, entre los problemas psicológicos encontrados están la depresión, el estrés, la ansiedad, burnout e insomnio, cuyas consecuencias y efectos sobre el personal son considerables (Huaman, 2021).

1.3.1 Ansiedad

Navas y Vargas (2012) mencionan que el contagio de una enfermedad mortal o de alto riesgo puede resultar en un evento muy estresante para un paciente, así como el permanecer en el hospital en servicio por un tiempo prolongado, lo que puede causar ansiedad. Estos casos se presentan sobre todo en personal sanitario que laboró en UCI.

En cuanto a la investigación de Blanco (2020) se menciona que existen registros concernientes al personal sanitario que sufría constantes pesadillas y flashbacks al estar en las unidades de cuidado intensivo. Las preocupaciones más comunes entre los trabajadores de salud fueron: miedo sobre su salud y recuperación, así como de sus seres queridos, al pensar que nunca se recuperarían totalmente; temor por las finanzas que tendrán en caso de ser despedidos o no ser remunerados dada la crisis económica del país; temor por llegar a enfermar a sus seres queridos, siendo posibles portadores del virus.

Vivanco et al. (2020) realizaron una investigación dirigida a comprender el comportamiento de la salud mental en 356 estudiantes. Los resultados muestran que los

niveles de ansiedad son mayores cuando se relaciona con el COVID-19 y existe una marcada relación con el deterioro de la salud mental.

1.3.2 Depresión

Los trabajadores de salud son el grupo de mayor riesgo para desarrollar diversas alteraciones mentales por las largas jornadas de trabajo, los inadecuados tiempos de alimentación, la falta de horas de descanso perturba su actividad cerebral y fisiológica causando agotamiento emocional, lo cual repercute directamente en una depresión. Esto les dificulta su rendimiento profesional al tener pensamientos de insuficiencia para llevar a cabo sus labores, desmotivación y pérdida de su sentido de ser (Aguilera, 2019).

De los registros que se posee acerca del impacto de la pandemia en los trabajadores de salud en cuanto a depresión, la mayoría pertenecen a estudios válidos elaborados en los países de China, España e Italia dado que allí hay una mayor cantidad de personas para realizar las muestras. Se reporta que los nervios y la tensión, el estrés causado por los casos de COVID en UCI causaron confusiones y errores en muchos casos, generando sentimientos de culpa por mala praxis médica, no actuar a tiempo o no haber hecho lo suficiente, y esos sentimientos han continuado con ellos, por lo que es imprescindible un tratamiento para su salud mental y emocional (Berrones, 2020).

1.3.3 Estrés

El estrés puede tener un efecto tanto mental como físico sobre el personal sanitario que lo padece, pues las formas de manifestar este estrés es hacerse daño emocionalmente o por autoagresiones a su cuerpo. Además, se reporta que se ve afectada directamente la manera de pensar y sentir, por lo que si no se trata el estrés adecuadamente puede desencadenar en depresión y posterior suicidio (Prowesk, 2017).

1.3.4 Burnout

Esta alteración mental se comprende como un agotamiento laboral extremo, físico o mental, asociado a la ausencia de sensación de logro. Se ha considerado un problema frecuente en enfermeras y doctores que se encuentran laborando como personal clínico u

hospitalario. A causa de esto suelen experimentar agotamiento, despersonalización y déficit en la percepción de su realización personal, lo cual afecta en sus labores de cuidado de la salud y al ser un tema tan delicado en muchos casos pierden sus trabajos como consecuencia. Además, pierden la capacidad de prestar atención a los detalles importantes en sus labores, incluso habiendo dedicado años a dominar cierta técnica médica, simplemente pierden el cuidado al hacerlo. La explicación de esto a este fenómeno es la pérdida de sus facultades cognitivas que causa el Burnout como se explicó en la sección previa (Marrugo, 2017).

1.3.5 Alteraciones del sueño

La falta de sueño no solo se manifiesta como cansancio si no de diferentes formas, los patrones de receptividad ante movimientos se ven reducidos, lo mismo sucede con el estado de alerta, la eficiencia y la capacidad de soportar las prolongadas jornadas de trabajo. En un estudio donde se encuestaron a los trabajadores de salud que padecían insomnio se informó que estos mantenían un sentimiento de insatisfacción frente a las actividades que desarrollaban no solo en el hospital sino en sus vidas en general (García et al., 2017).

Vivanco et. al (2020) en los resultados comparativos en función del género se reportó que el 36.3% de los encuestados presentaron dificultades para conciliar el sueño en especial en mujeres entre 18-25 años de edad. Los datos concuerdan con la investigación de Medina et. al (2020) donde se determinó que las condiciones propias de la enfermedad provocando insomnio en los pacientes y la posibilidad de empeorar su salud mental y su sistema inmunológico.

1.4 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

Son aspectos que influyen en un individuo de forma psicológica o social, estas variables permiten caracterizarlos en relación con su entorno. Hay variables que afectan la salud mental de manera negativa. Entre las principales se hallan las siguientes según Barriga (2020).

- 1) inflexibilidad psicológica (afrentamiento aversivo)

- 2) soledad y falta de apoyo social
- 3) estrategias de afrontamiento.

1.4.1 Inflexibilidad psicológica

La falta de flexibilidad psicológica es considerada como Trastorno de Evitación Experiencial, se caracteriza por una manera de afrontar las situaciones de forma aversiva, desarrollando constantes esfuerzos para evitar tales situaciones que resulten incómodas o molestas, y en caso de presentarse, el individuo huye de ellas. Por cuanto a salud mental cabe señalar que esto constituye un gran riesgo para que se desarrolle, de hecho, adversos problemas psicológicos. A su vez estos problemas se verán reflejados en trastornos afectivos, alimenticios y en el abuso de alcohol y otras sustancias sujetas a fiscalización (Montejano, 2018).

La inflexibilidad psicológica afecta desempeño del personal sanitario por cuanto generan un sentimiento de rechazo a la realidad o a su manera natural de actuar frente a ella, esto es, existe una estigmatización en cuanto a los médicos de quienes se espera completa disciplina en su labor sin permitir que esto los afecte emocionalmente, como si ello significara “ser profesional”; sin embargo, la realidad es que es natural que por parte del personal sanitario existan sentimientos de empatía hacia los pacientes o sus seres queridos y por ende lleguen a ser afectados a nivel emocional por un colapso en el sistema sanitario, como se vivió en la pandemia COVID-19 (Valiente, 2020).

1.4.2 Soledad y Apoyo Social

Esta variable busca comprender la razón por la que en las personas sometidas a situaciones trágicas en las cuales impera la tristeza o la incertidumbre, se tiende a buscar compañía, apoyo de otros individuos; es claro que la soledad no ayuda en tales circunstancias de tragedia (Caccia, Grandis, & Pérez, 2021). El apoyo social suele ser definido como toda actividad expresiva que es brindada o recibida por cierto individuo con la finalidad de provocar sentimientos de alivio o esperanza sobre la persona que atraviesa cierta crisis, este apoyo

social es proporcionado por la comunidad de su alrededor y dado el contexto actual y por medio de ayuda profesional por las diferentes plataformas informáticas (Bellegarde, 2016).

La búsqueda de consejos, y apoyo emocional genera gran alivio y expectativas de que las cosas mejorarán o que serán capaces de lidiar con ellas. También existen estudios que han sido llevados a cabo en animales y humanos y revelan que, al tener un apoyo social adecuado, se tiene un impacto directo sobre la salud mental por cuanto disminuye el riesgo de escenarios de depresión o similares, los cuales a su vez repercuten en enfermedades cardíacas o en la reducción de capacidad inmunológica del cuerpo, como ya se detalló en el apartado (Ruiz et al., 2021). A pesar de que no ha sido posible comprobar a detalle la manera en que actúan las respuestas fisiológicas del organismo (mecanismos psicobiológicos) se ha evidenciado que el apoyo social también permite la pronta recuperación en enfermedades, reduciendo también las tasas de mortalidad (Pochintesta, 2019).

El artículo de Manga (2017) alude que dependiendo de los recursos (factores externos) o capacidades (factores internos) cada individuo tendrá diferentes pasos, etapas y estrategias para hacer frente a situaciones estresantes, sin embargo, vale señalar que existen común denominadores en cuanto a esta respuesta. El apoyo social es considerado como un método eficaz para lidiar con experiencias difíciles que afectan emocionalmente a los individuos, puede hacerse evidente al ayudar a adormecer la intensidad de los eventos, hacerlos más llevaderos, minimizando el estrés y la ansiedad que pudieron desencadenarse por las adversidades. La soledad es considerada un estado emocional que experimentan los individuos cuando visualiza su exterior y nota que no ha podido crear los lazos o vínculos interpersonales que esperaba tener dada cierta etapa de su vida.

A pesar de que las condiciones de vida y los derechos humanos han aumentado para bien casi en todo el mundo, esto también ha generado grandes demandas para los individuos que componen la sociedad: un alto status económico, el cual significa trabajar más horas y descuidar aspectos de vida como son las relaciones interpersonales, se cesa importancia a la amistad y el equilibrio emocional, actividades de recreación y se genera el pensamiento de

que los logros de las personas han de ser medidos en base a su éxito laboral (Chemisquy, 2020).

Resulta obvia la premisa de que la pandemia COVID-19 ha sido un desencadenante del aumento de sentimientos de soledad dado el aislamiento social entre personas, la limitación que existía para movilización y sobre todo la falta de interacciones entre individuos por un continuo temor al contagio (Álvarez R. , 2022).

El personal sanitario aparte de su esfuerzo por conservar la salud física de los pacientes también mostraba gran interés en tratar de que sus pacientes se sientan bien emocionalmente, por eso colaboraban con ellos para que las cartas puedan ser entregadas a todos los pacientes, y de esa manera desarrollar esta estrategia de afrontamiento que muchas veces puede ser considerada como un desperdicio, pero toda evidencia apunta a que es verídica y tiene un impacto real, positivo sobre la mente de los individuos que se hallan en tal crisis (Tulio, 2021).

1.4.3 Estrategias de afrontamiento

Una estrategia de afrontamiento es aquel método, (pensamientos o acciones) que los individuos utilizan para lograr enfrentar situaciones internas o externas que pueden llegar a afectar su tolerancia o fortaleza. También se lo considera un recurso psicológico para gestionar situaciones estresantes (Montilla, 2017). Una potencial estrategia para mitigar los efectos negativos sobre la salud mental es incrementando la flexibilidad psicológica. Al estar expuestos a situaciones de riesgo o tensión la mejor manera de hacer frente a estos sentimientos es reconocerlos y externalizarlos, sin temor a ser juzgados, pues al intentar suprimir estos sentimientos o situaciones de estrés la inflexibilidad psicológica desencadenará efectos dañinos en la salud mental y por consiguiente el rendimiento tanto cognitivo como físico. Se recomienda así la aceptación y el compromiso de llevar a cabo terapias con el enfoque terapéutico dirigido a aumentar la flexibilidad psicológica (Cruz, 2017).

Existe además una escala de Modos de Afrontamiento Folkman y Lazarus que evalúa los pensamientos y acciones que se llevan a cabo para manejar las adversidades, algunas de las cuales se detallan a continuación:

- **Confrontación:** acciones directas (muchas veces agresivas o de riesgo) tomadas en un intento de solucionar problemas.
- **Planificación:** meditar y pensar racionalmente, desarrollar un plan como solución.
- **Distanciamiento:** evadir el problema y evitar sentirse afectado por este.
- **Autocontrol:** esfuerzos mentales para contener las respuestas emocionales y sentimientos que surgen en cierta situación.
- **Aceptación:** reconocer la responsabilidad que ha generado la acción ejecutada que ha dado origen o ha agravado el problema.
- **Escape-evitación:** se generan pensamientos irreales para el “haber evitado tal situación” también puede presentarse en una forma de aliviar el estrés comiendo, bebiendo o consumiendo sustancias alcohólicas y similares.
- **Reevaluación positiva:** buscar el lado amable de las situaciones y tratar de aprovecharla para generar mejoras a su alrededor o dentro de sí.
- **Búsqueda de Apoyo Social:** solicitar apoyo emocional a otras personas, también información sobre cómo solucionar cierto problema: consejería, o diferentes formas de ayuda de terceros (Cruz, 2017).

Como podemos apreciar, todas estas estrategias de afrontamiento están orientadas a hacer que las personas puedan contribuir a dar solución a los problemas de salud mental que se les puedan presentar a raíz del incremento del estrés laboral.

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

Frente a esta problemática se han empezado a plantear diversas alternativas para encarar de la mejor manera estas deficiencias. En ese sentido, se han enunciado los retos y las necesidades que aún quedan por cubrir. Por ello, en esta sección se dará un enfoque

acerca de los retos que ha dejado la COVID-19 para el personal sanitario, centrado en la salud mental de los mismos (Hidalgo, 2017).

Las carencias y preocupaciones de la salud mental han sido planteadas dados los reportes de salud mental en la población y se ha tratado de adaptar servicios de salud mental con un enfoque de control, se modifica el acceso a estos, el diagnóstico y el tratamiento, de tal forma que se pueda asegurar un correcto seguimiento y continuidad del servicio de cuidado mental para todos los usuarios que lo requieran (Huaman, 2021). Hace falta que se desarrolle un sistema adaptable de manera sostenible, donde los especialistas y el personal clínico y hospitalario puedan brindar apoyo a usuarios externos a fin de mitigar desigualdades y estigmatizaciones y puedan ser provistos del cuidado mental con un continuo asesoramiento acerca de la salud física y mental en la práctica clínica, y debe existir una apropiada retroalimentación por parte de los profesionales que brinden y hagan uso de estas prácticas (Blanco, 2020).

Se conoce que en la actualidad existen grupos de personal sanitario clínico, expertos de la salud mental y usuarios de los servicios de salud mental a nivel internacional que han tratado de abordar los desafíos que la pandemia COVID-19 ha dejado. Postulan que la manera en que la sociedad está interconectada a nivel mundial la hace vulnerable a contraer y propagar rápidamente infecciones, pero a su vez esta interconectividad hace posible disponer de la infraestructura necesaria para plantear y resolver falencias de sistemas previamente utilizados, así como diferenciar las prácticas que son eficientes, sostenibles y hacer posible que sean provistas a todos quienes los necesiten sin disparidades. En este contexto la pandemia COVID-19 puede ser vista también como una oportunidad para mejorar los servicios de salud mental (Donio & Pinazo, 2016).

En ese sentido, consideramos que los agudos problemas que ha sacado a la luz la proliferación del Covid 19 nos debe llevar a reflexionar y a buscar implementar iniciativas de políticas sanitarias que nos ayuden a mejorar los servicios de salud y que, a su vez, estas iniciativas pongan mucha atención en el personal que brinda dichos servicios ya que, dichos

servidores al encontrarse inmersos en dinámicas laborales que tienden a ser agobiantes, pueden conllevar a generar desequilibrios en su salud mental, con lo cual la atención también se ve afectada.

Metodología

2.1 Objetivos

General

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Shushufindi durante el año 2021.

Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra / del personal sanitario.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra.
- Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante.
- Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante.

2.2 Preguntas De Investigación

Así, de este planteamiento se formulan diversas preguntas sobre temas específicos:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra / del personal sanitario?
- ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante 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 Tipo de Investigación.

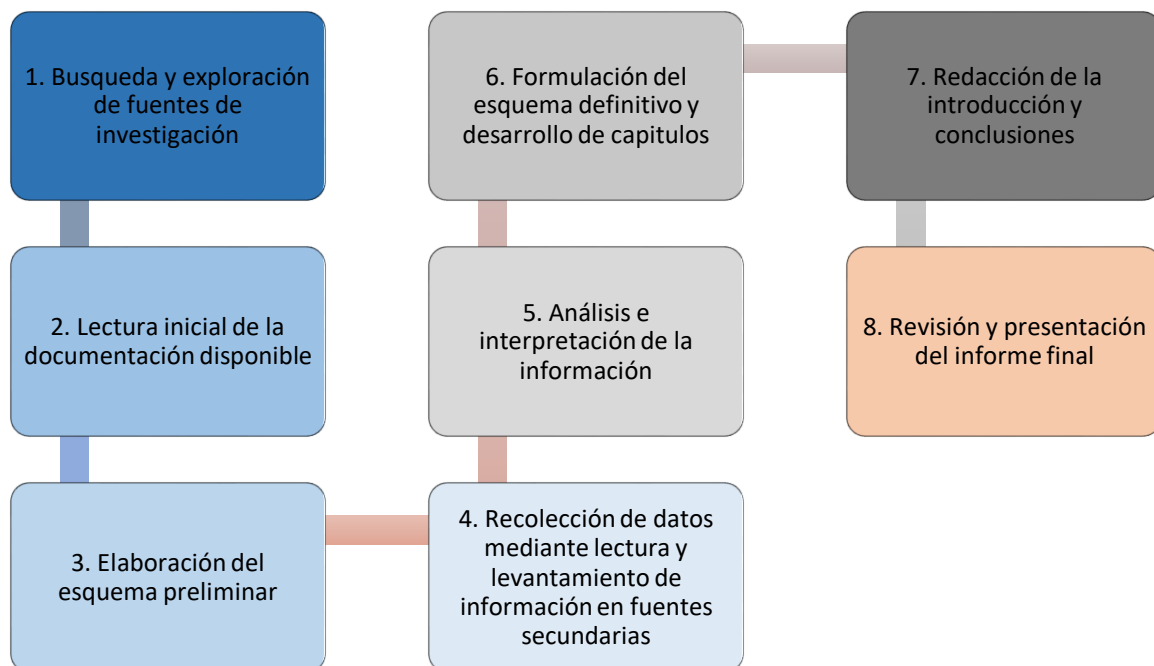
La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que, a los problemas de investigación que se plantean en psicología suele utilizarse una estrategia descriptiva (Arnau, 1995). Pues con la aplicación de test psicológicos, se podrán analizar datos con el fin de aportar con conocimientos y herramientas útiles en base a las necesidades latentes de la población escogida. En base a todo lo anterior cabe mencionar que es de tipo retrospectiva, ya que el tema de investigación no es nuevo, es decir se utilizará información ya establecida por otros autores para poder plasmar en la propuesta final en un diseño ex post facto (Brewer & Kubn , 2010).

2.4 Diseño de Investigación

Según Hernández et al. (2003) el termino diseño indica la estrategia que se utilizará para obtener la información deseada, lo cual llevó a definir dos tipos de diseño el diseño experimental y el diseño no experimental, por lo tanto, el diseño de esta investigación se basa en el modelo No Experimental, ya que no se manipularán de ninguna manera a las variables de estudio, y tampoco se mantendrán grupos de control, lo que conlleva a ser un estudio de alcance únicamente descriptivo, ya que, en base a toda la información recabada, se recogerán los datos más relevantes, mismos que serán establecidos en conclusiones y en la propuesta (Shadish & Clark, 2004).

Así mismo, este es un estudio transversal y exploratorio. Transversal porque recabaremos datos en un solo momento (tiempo único) y exploratorio porque vamos a indagar sobre un tema poco estudiado aún.

Así el diseño de la presente investigación al ser de tipo documental seguirá la siguiente secuencia lógica de elaboración:

Figura 3.*Proceso metodológico*

Nota. Adaptado de (Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística Universidad Ricardo Palma, 2018).

2.4.1 Población y Muestra

La población de esta investigación constituye a los servidores públicos de salud del cantón Shushufindi, escogiendo un muestreo de accesibilidad-accidental no probabilístico por la facilidad de alcance a la población, procurando que esta sea representativa para el estudio. Considerando que al ser una población finita no son necesarias la aplicación de fórmulas para obtener una muestra y se la establece en 40 participantes.

Según los resultados la muestra recolectora de datos fue de 47 y la muestra procesadora de datos fue de 47 de igual manera.

2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios que se tomaron en cuenta para la realización de la presente investigación son:

- Criterios de inclusión
 - Encontrase en situación laboral activa.

- Firmar el consentimiento informado (anexo 2 Consentimiento informado).
- Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.
- Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).
- Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.
- Criterios de exclusión
 - No aceptar participar en este estudio.
 - No encontrarse laborando en la institución por maternidad o enfermedad.
 - No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

2.6 Instrumentos de Recogida de Información

Los instrumentos para el correspondiente proceso de recogida de información son los siguientes:

- Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

Según Maslach y Jackson (1986) este instrumento se utiliza para detectar y medir la existencia del estrés laboral crónico burnout en el trabajador. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala MBI-HSS plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional, puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo; 2) Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo; 3) Realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo. Es por ello que, en esta escala, puntuaciones bajas se relacionan con el burnout. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días. En

cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach oscila entre 0.84 a 0.89 (Maslach et al., 1986).

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

De acuerdo a Antúnez et. Al (2012), el DASS 21 quedó constituido por tres dimensiones que son las siguientes: la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfóricos como la tristeza; la ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo; y el estrés descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond & Lovibond, 1995). Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con un rango de respuesta del 0 al 3 (nada aplicable en mí, aplicable a mí en algún grado, aplicable en mí en alto grado, muy aplicable en mí). Las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de 0.73. En conjunto, los ítems que componen el DASS - 21 presentaron un alfa de 0.91 (Antúnez & Vinet, 2012)

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

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

- Escala de Soledad (UCLA-3)

Para Morejón y García (1994) la Escala de Soledad UCLA Revisada (Loneliness Scale Revised) de la Universidad de California, tiene como objetivo evaluar la soledad o el aislamiento social percibidos a través de los factores de “intimidad con otros” y “sociabilidad”. La soledad es un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente, y el apoyo real que esta le ofrece. Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de Likert con un rango de respuesta del 1 al 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca; respectivamente). El coeficiente alfa obtenido en la validación al español fue igual a 0.944 (Morejón & García, 1994).

- Índice de calidad de sueño (PSQI)

Este instrumento ha sido creado para medir la calidad del sueño en el individuo, está compuesto por 19 ítems, que se agrupan en 7 dimensiones: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Se contesta con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4. Para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21. Esta escala ha presentado una consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.72 en el estudio de validación de Araujo et al., (2015) citados en Ortega (2021).

2.7 Procedimiento

Las actividades realizadas en la presente investigación se realizarán en un tiempo promedio de dos meses, por lo cual se dividió a cada mes en cuatro semanas. Teniendo eso en cuenta consideramos que durante el primer mes se llevara a cabo, durante la primera semana, la revisión de la literatura y el desarrollo del marco teórico. Desde la segunda semana hasta la cuarta semana desarrollaremos el diseño de investigación y muestra. Mientras que la recogida de información se llevara a cabo desde la cuarta semana hasta la

segunda semana del siguiente mes. El consentimiento informado de participantes desde la segunda hasta la tercera semana y el método de aplicación de recolección de datos y el análisis de base de datos en la cuarta semana.

Análisis de resultados y discusión

3.1 Análisis de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del procesamiento de los datos de los instrumentos aplicados a 47 trabajadores sanitarios de la ciudad de Shushufindi. Los resultados están organizados en función de los cinco objetivos específicos de esta investigación. En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario; luego, se presenta la percepción de las dimensiones de burnout; y posteriormente la identificación de la salud mental de los participantes desde la medición del estrés, ansiedad y depresión. Luego se presenta el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, y, por último, los resultados obtenidos sobre la calidad del sueño.

Tabla 2.

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	16	34.0%		
	Femenino	31	66.0%		
Estado civil	Soltero/a	24	51.1%		
	Casado/unión libre	18	38.3%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	5	10.6%		
Trabajo por turnos	SI	38	80.9%		
	No	9	18.1%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	46	97.8%		
	Tiempo parcial	1	2.2%		
Tipo de institución	Pública	47	100.0%		
	Privada	0	0.0%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		38,68	63	26	9,39
Horas de trabajo por día		8,81	15	6	1,79
Experiencia laboral		10,96	33	1	8,35

Nota: Cuestionario Ad-Hoc. M = media; DT = desviación típica.

La Tabla 2 presenta los datos referentes a las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario encuestado. De acuerdo con la distribución de la población según su género, el 66% del personal encuestado se autoidentificó con género femenino y el 34% con género masculino; con una edad media de 38,68 $\sigma=9,39$. Acerca del estado civil, el 51,1% del personal sanitario encuestado está soltero, el 38,3% casado o en unión libre y el 10,6% está divorciado. Por tanto, se puede interpretar que la población encuestada es relativamente joven y, en la mayoría de casos, sin responsabilidades familiares, lo posiblemente se puede presumir que permite dedicar más tiempo a la labor de enfermería.

Respecto a la modalidad de trabajo, el 97,8% corresponde a trabajadores a tiempo completo, y un 80,9% señala trabajar por turnos. Las horas de trabajo al día fueron de 8,81 $\sigma=1,79$, con un máximo de 15 horas, y la experiencia laboral fue de 10,96 años $\sigma=8,35$. Dado el tiempo y la modalidad laboral, el trabajo por turnos es un factor al que se recomendaría hacer seguimiento en personal que presente sintomatología asociada a burnout u otros riesgos de salud mental.

Tabla 3.

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	30	63,8%
	Medio	7	14,9%
	Alto	10	21,3%
Despersonalización	Bajo	33	70,2%
	Medio	10	21,3%
	Alto	4	8,5%
Realización personal	Alto	22	46,8%
	Medio	10	21,3%
	Bajo	15	31,9%

Nota: Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

La Tabla 3 presenta la percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud. La dimensión agotamiento emocional muestra un 21,3% que denota agotamiento alto y 14,9% un agotamiento medio. Por lo que cerca de la quinta parte de los trabajadores puede

estar sintiéndose exhausto emocionalmente o percibir que las demandas de su cargo lo sobrepasan.

En cuanto a despersonalización, se tiene un 8,5% con un nivel alto y el 21,3% con un nivel medio. La despersonalización, entendida como el alejamiento emocional, frialdad o distanciamiento del personal sanitario con sus pacientes o su trabajo, es un problema que se agravó con la pandemia cuando el personal sanitario la utilizó como mecanismo inconsciente de defensa ante la exposición a pacientes y familiares de estos. Al considerar el porcentaje de encuestados con un nivel medio y un nivel alto de despersonalización, se tiene que casi la tercera parte de los trabajadores se encuentra desarrollando esta característica, posiblemente como forma de afrontamiento de los niveles de agotamiento laboral, realización personal, y dada la naturaleza de su labor médica.

Los resultados de realización personal muestra un nivel bajo en el 31,9% del personal sanitario encuestado, y un nivel medio en el 21,3%. A diferencia de las dimensiones previas, un nivel bajo de realización personal se asocia a burnout, por lo que cerca del 52% de trabajadores sanitarios encuestados, perciben de manera negativa o lago negativa, su logro y autoeficacia.

A partir de estos resultados no puede confirmarse del todo la presencia de burnout al tener un porcentaje bajo de personal sanitario con un nivel alto de despersonalización, pero los niveles altos de agotamiento emocional y el nivel bajo de realización personal permiten tener una fuerte sospecha de la presencia de este síndrome, en cerca de la quinta parte de trabajadores, y otra quinta parte se encontraría en proceso de desarrollar burnout.

Tabla 4.

Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	40	85,1%
	Moderado	3	6,4%
	Severo	4	8,5%
Ansiedad	Leve	30	63,8%
	Moderado	6	12,8%

		N	%
Depresión	Severo	11	23,4%
	Leve	38	80,9%
	Moderado	7	14,9%
	Severo	2	4,3%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

La tabla 4 presenta los resultados referentes a la percepción de la salud mental del personal de salud en estrés, ansiedad y depresión. Los niveles de estrés se mantienen principalmente en un nivel leve con el 85,1% de trabajadores encuestados en este estado. Los niveles de estrés moderados y severos se encuentran en un 14,9% lo cual representa a menos de 15 de cada 100 personas. No obstante, se trata de un grupo que requiere observación eventual pues pueden presentar síntomas asociados a ansiedad o depresión. Respecto a los niveles de ansiedad, se encontró un 23,4% con un nivel alto y un 12,8% un nivel moderado, lo que abarcaría a un 36,2% de trabajadores con algún nivel de desarrollo de un cuadro de ansiedad. En cuanto a depresión esta llegó al 14,9% en un nivel moderado y 4,3% en un nivel severo.

Estos resultados demuestran que, de manera general, la salud mental de los encuestados se mantiene en niveles aceptables, pero aunque leve, existe ansiedad, estrés y depresión. Es de notar que la labor de los profesionales sanitarios los coloca en situaciones de fuerte impacto a nivel emocional a más del esfuerzo físico. El tener contacto con seres humanos que están sufriendo por una enfermedad o accidente puede generar estrés o depresión cuando no se logra brindar alivio. Durante la pandemia el poco conocimiento sobre la enfermedad, y la ausencia de tratamientos y vacunas, provocó una mortalidad elevada en pacientes con COVID, lo que supuso un fuerte impacto emocional para los profesionales de la salud. Actualmente la reducción en las tasas de mortalidad, y la disminución en la prevalencia de la enfermedad, podría explicar parcialmente los bajos niveles de ansiedad, estrés y depresión en la población encuestada. No obstante, no puede despreciarse el porcentaje que está sintiendo ansiedad severa, cercano a la cuarta parte del personal, lo cual

puede ser un rezago de las experiencias vividas durante la pandemia y que requiere observación y seguimiento.

Tabla 5.

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	12,94	35,00	7,00	6,27
Percepción de soledad	5,11	9,00	3,00	1,98

Nota.: Inventario AAQ-7 y UCLA-3. M = Media; DT =Desviación típica.

La Tabla 5 muestra los resultados obtenidos en inflexibilidad psicológica y percepción de soledad. La inflexibilidad psicológica se evalúa en una escala que va de 7 a 49 puntos, representando puntajes altos inflexibilidad. Se obtuvo un valor medio de 12,94 $\sigma=6,27$, por lo que los datos no tienen una dispersión elevada y, en su mayoría, se mantienen por debajo de los 20 puntos, lo que indicaría flexibilidad psicológica y capacidad para afrontar eventos emocionales, y actuar según un sistema de valores propio. Además, se obtuvo un puntaje medio de 5,11 $\sigma=1,98$ en percepción de soledad. El resultado indicaría que no existe una percepción severa de soledad, al contrario, una media menor a 7,5 sugiere una mayor percepción de apoyo social.

De estos resultados se infiere que el personal encuestado, en general, tiene una alta resiliencia, puesto que poseen la capacidad para adaptarse a diversas situaciones, lo que en parte explicaría los niveles leves encontrados en estrés, ansiedad y depresión. A esto se suma una la percepción de que no requiere enfrentar dificultades de su trabajo de manera individual, sino que pueden superarse con apoyo social.

Tabla 6.

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	1	2,1%
	Baja dificultad para dormir	34	72,3%
	Media dificultad para dormir	12	25,5%
	Alta dificultad para dormir	0	0,0%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

La Tabla 6 presenta los niveles de calidad del sueño del personal de salud encuestado. Se encontró que un 74,3% de trabajadores sanitarios tienen facilidad para dormir o una baja dificultad de acuerdo con el Índice de calidad de sueño (PSQI), mientras que solo el 25,5% reporta una dificultad media. Ningún trabajador reportó una dificultad alta para dormir, sin embargo, es recomendable realizar un seguimiento a la cuarta parte de trabajadores con dificultad media para conciliar el sueño.

Los datos sobre calidad del sueño muestran que al menos un 25,5% puede no estar descansando de manera adecuada, cantidad que se acerca bastante a quienes reportaron un nivel de ansiedad severo 23,4%. Un descanso inadecuado puede aumentar el agotamiento durante la jornada laboral y elevar el estrés y el miedo al fallo, desencadenando ansiedad, además de que este cansancio podría irse acumulando aumentando el riesgo a burnout.

3.2 Discusión

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de investigación ofrecen una perspectiva específica de la salud mental del personal sanitario que participó en el estudio; no obstante, en este apartado estos resultados se confrontan con aquellos obtenidos en estudios similares con la finalidad de observar si existe una coincidencia en los datos que permita generalizarlos a la población en general de trabajadores sanitarios.

De acuerdo con la información demográfica de la población encuestada, se tiene una mayor proporción de personal femenino menor a 40 años, con una media de 38,68 años, principalmente solteras y con trabajo a tiempo completo. Además, vale señalar que la media de trabajo fue mayor a 8 horas, con un máximo de 15 horas diarias y la media de experiencia laboral fue de 10,9 años.

Los resultados obtenidos coinciden con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2018) la cual señala que un 70% del personal mundial sociosanitario es de sexo femenino, por lo que la muestra, a pesar de ser reducida, puede considerarse representativa. Además, es importante considerar que se ha reportado una mayor prevalencia de afecciones a la salud mental como depresión y ansiedad en mujeres que en hombres (Organización Mundial de la Salud, 2018; Arenas & Puigcerver, 2009). También se ha encontrado mayores niveles de riesgo a la salud mental y menor resiliencia en trabajadores de la salud jóvenes y solteros en el contexto de la pandemia COVID-19 (Martínez, González, Navarro, Roca, & Reynoso, 2021). También vale observar que el personal encuestado trabaja en jornadas mayores a 8 horas diarias, y en un estudio realizado en Chile (Astudillo, Losada, Schneeberger, Coronado, & Curitol, 2018) se asoció una mayor prevalencia de agotamiento y despersonalización en personal que hace turnos extensos o de emergencia (Astudillo, Losada, Schneeberger, Coronado, & Curitol, 2018), y en otro estudio en México mostró una asociación entre burnout y turnos de trabajo en exceso (Miranda et al., 2016).

Los resultados obtenidos en este estudio parecen alejarse de la norma, pues si bien se tiene una población principalmente femenina y soltera, con una media laboral que permite inferir la existencia de turnos extendidos, los niveles de burnout no fueron elevados. Esto no contradice la literatura, sino que permite concluir que la población del estudio presenta un mayor riesgo a sufrir burnout, por lo que existirían factores que están previniendo esta situación, como la flexibilidad psicológica y la percepción de apoyo social observadas en el personal.

Con relación a la percepción de las dimensiones de burnout, en este estudio se observó que entre el 20% y el 30% del personal sanitario encuestado presentó signos de agotamiento emocional alto y realización personal baja, sumado a un 10% con signos de despersonalización en un nivel alto. Por lo que entre un 10% y un 30% aproximadamente, podrían encontrarse actualmente con síndrome de burnout o en situación de riesgo.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022) entre los efectos negativos de la pandemia se encuentran fuertes trastornos emocionales, entre los que se nombran la depresión, estrés, insomnio y agotamiento emocional entre la población en general. Para los trabajadores sanitarios que estuvieron en mayor contacto con la población enferma, estos problemas de salud mental fueron más graves aún, denotando ansiedad, depresión, desgano total, y agotamiento extremo o burnout (Lliguisupa, 2021), este último entendido como sentimientos de agotamiento, fatiga emocional y corporal (Bambula, 2016). Además, los niveles de agotamiento emocional se han asociado a una reducción en el rendimiento o insuficiencia para concretar sus labores, situación que a su vez, puede elevar aún más el nivel de estrés o ansiedad laboral en el trabajador (Aguilera, 2019).

En varios estudios se encontraron resultados mayores a los obtenidos en la presente investigación en las dimensiones de burnout. Cedeño y Escobar (2022) encontraron un 84% de personal sanitario con niveles de agotamiento emocional entre medio (44%) y alto (40%), el 64% con despersonalización entre media (51%) y alta (13%) y el 62% con realización personal entre media (27%) y baja (35%). Por otro lado, Vinueza A., Aldaz, Mera, Tapia y

Vinueza M. (2021) en su estudio identificaron un 78% en Agotamiento emocional entre moderado (25%) y severo (53%), un nivel de despersonalización del 73% entre moderado (28%) y severo (45%), y realización personal del 51%, entre baja (32%) y moderada (19%). Mientras que Castillo, Rosas, Cajías y Escobar (2019) obtuvieron un agotamiento emocional alto en el 67% de casos, un 65% de despersonalización alta, y un 84% de realización personal baja.

Este último estudio corresponde a un período meses antes de la pandemia, sin embargo, muestra ya niveles elevados en las tres dimensiones de síndrome de burnout, por lo que durante la pandemia la situación se habría acentuado, sin embargo, como señala Bambula (2017) es un problema que va empeorando a medida que pasa el tiempo, más no surge de manera abrupta. Además, se han reportado mayores niveles de despersonalización en hombres que en mujeres (Cedeño & Escobar, 2022).

Según lo descrito, al menos la quinta parte de los trabajadores de la salud del presente estudio han generado severos casos de agotamiento emocional como resultado de la pandemia, lo que es preocupante a pesar de que la gran mayoría no mostró niveles elevados de burnout. La baja despersonalización puede explicarse debido al sentimiento de no poder hacer más por los pacientes, sumado al agotamiento constante por las jornadas extendidas, y las situaciones de gran tensión y exigencias físicas y emocionales durante casi dos años de pandemia. Además, es importante considerar que los estudios revisados pueden haber reflejado el malestar del personal sanitario durante las etapas más complicadas de la pandemia, aunque también puede incidir el tipo de institución médica y de trabajo del personal, sea personal de enfermería o personal médico, o si se trata de trabajo en primera línea. Todos esto son variables moderadoras que pueden haber influido en los resultados. No obstante, se necesitaría estudios a mayor profundidad para esclarecer la divergencia entre resultados.

En cuanto a los resultados sobre salud mental, el resultado obtenido en este estudio presenta un 14,9% de personal sanitario con estrés entre moderado y severo, 36,2% de ansiedad entre moderada y severa, y 19,2% de depresión entre moderada y severa.

El estrés es una respuesta del organismo ante posibles amenazas reales o subjetivas (Herrera, 2017), y para el personal sanitario la amenaza era constante al laborar en entornos de alto riesgo de contagio. Además, se puede considerar que el personal sanitario generó una ansiedad de estado, asociada a un comportamiento de alerta continua ante posibles amenazas y situaciones peligrosas (Fernández, 2018). Por otro lado, los cambios en el estilo de vida parecen tener relación con el acrecentamiento de síntomas asociados a estrés, ansiedad y depresión según Guerra (2022). Como planteó Fillat (2020) la pandemia fue una situación disruptiva generadora de altos niveles de estrés asociado a la crisis médica y de salud que provocó.

Estudios realizados en países como España, Perú, México y Chile han identificado como problemas más recurrentes en personal sanitario durante la pandemia, a estrés, depresión, ansiedad y alteraciones del sueño (Batalla, Campoverde, & Broncado, 2020; León & Olivera, 2022; Torres, Farias, Reyes, & Díaz, 2020; Traub & Sapag, 2020). El resultado obtenido en este estudio en estrés está muy por debajo del 51% obtenido por Tomalá, Domínguez, Maza, y Villamar (2021) y del 51,1% de Parcos (2021), ambos estudios realizados en personal sanitario del Ecuador. Aunque los valores de ansiedad se acercan más a los obtenidos en el estudio de Tomalá y otros (2021). Parcos (2021) obtuvo un valor de depresión mucho más alto entre moderada y extremadamente severa y un valor de ansiedad del 72,9% (de moderada a extremadamente severa). Estos resultados reflejan las consecuencias directas en el primer año de la pandemia, como la presión en el personal de salud al enfrentarse a una enfermedad nueva e impredecible (UNESCO, 2020). Además, la pérdida de pacientes fue un factor que pudo aumentar los sentimientos de tristeza y desesperanza, enojo, pérdida de interés por actividades placenteras, alteraciones del sueño, agotamiento y depresión (Tulio, 2021), o síntomas asociados a ansiedad (Águila, 2015).

No obstante, los resultados obtenidos en la presente investigación están muy por debajo de los estudios descritos. La diferencia en los datos puede deberse al tiempo transcurrido desde las primeras olas de contagio y a la existencia actual de mayor conocimiento y recursos para luchar contra el COVID-19. Además, otros factores pueden producir la divergencia en los datos, como el hecho de ser personal de primera línea, el volumen de pacientes atendidos, e incluso el haber recibido o no ayuda psicológica, por lo que se trata de variables que podrían profundizarse en futuras investigaciones.

Respecto a la valoración de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, la población encuestada obtuvo un valor medio de 12,94 en una escala de 7 a 49 puntos en inflexibilidad psicológica, por lo que se ubica muy por debajo del rango medio, y apenas sobrepasaría un 26%. No obstante, estos resultados expresan flexibilidad psicológica, por lo que el personal sanitario tuvo la capacidad mental para reaccionar de manera positiva las situaciones enfrentadas durante la pandemia. Por otro lado, se obtuvieron niveles bajos de percepción de soledad, por el contrario, los datos mostraron una mayor percepción de apoyo social.

La flexibilidad psicológica es la respuesta ante situaciones incómodas o molestas mientras que una fuerte inflexibilidad psicológica aumentaría el riesgo a desarrollar afecciones a la salud mental (Montejano, 2018). Durante la revisión de literatura académica, se encontraron pocos estudios que hicieran una medición de esta variable en personal médico como resultado de la pandemia. Se puede mencionar a Valiente y otros (2020) quienes identificaron un importante miedo a la pandemia en cerca de un 56% de trabajadores sanitarios y conductas novedosas positivas, como indicador de flexibilidad psicológica, en un 46%. Izquierdo (2022) identificó en personal de enfermería de clínicas ecuatorianas, un nivel de flexibilidad psicológica medio durante la pandemia, en un rango de entre 2 y 5 en una escala de 8 puntos, que se ubicaría entre un 25% y 63%. Este resultado puede explicar parcialmente los niveles de estrés y ansiedad detectados pues de acuerdo con Groppa (2022)

se ha encontrado una asociación entre alta flexibilidad, bajo nivel de ansiedad y síntomas psicopatológicos menos intensos en el contexto de la pandemia.

En otros estudios se encontraron niveles de sentimientos de soledad durante la pandemia, del 29,7%, además de una asociación significativa con el aumento del riesgo de depresión (Llibre, y otros, 2021). Por otro lado, Stubbs y Achat (2022) encontraron un 40% de trabajadores afectados por sentimientos de soledad durante la pandemia y una asociación de riesgo de mayor soledad con problemas previos de salud mental. Durante el período más grave de la pandemia la percepción de soledad en el personal se acrecentó debido al aislamiento social y al confinamiento, muchas veces voluntario, por parte del personal sanitario (Bermejo, 2022).

La manera en que el personal sanitario enfrentó la fuerte carga mental y emocional de su trabajo durante la pandemia, y la intensidad con que se vieron afectados, fue en parte resultado del grado de flexibilidad psicológica. La posibilidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes, y de hacer frente a los fuertes problemas que surgieron en el sector de la salud durante la pandemia, reflejan el nivel de flexibilidad psicológica evaluado, que a su vez explica los niveles de burnout por debajo de los observados en otros estudios, como también una mejor salud mental en el personal. Por otro lado, la percepción de apoyo social sería el resultado de haber retomado las actividades presenciales casi con normalidad, lo que mejoró la interacción social.

Por último, los resultados referentes a calidad del sueño muestran un porcentaje cercano a la cuarta parte de trabajadores con dificultad media, mientras que un 74,4% de trabajadores posee facilidad para dormir o baja dificultad.

Las alteraciones en el sueño suelen ser un indicador de que existen situaciones en el organismo que necesitan atención, sobre todo aspectos que afectan a la salud mental (Mora, 2018). Blanco (2020) reportó la presencia de pesadillas recurrentes en el personal sanitario de las unidades de cuidados intensivos durante las primeras olas de la pandemia. Al respecto

Cuenca (2021) señala la existencia de alteraciones de la calidad del sueño en el personal de salud, principalmente en personal de primera línea y en trabajadoras mujeres, aunque no identifica un porcentaje de prevalencia, mientras que Ortiz y Armoa (2020) han encontrado una posible asociación entre calidad del sueño y ansiedad y depresión aunque su estudio no se enfocó netamente en personal sanitario, sino que es un referente a nivel general.

Los niveles de calidad del sueño en la población de la presente investigación fueron principalmente positivos. La divergencia con los estudios citados sería debido al cambio acaecido durante el tercer trimestre del año 2022, cuando se ha evidenciado el mayor descenso de casos de Covid-19 desde el inicio de la pandemia, lo que podría haber reducido los problemas del sueño en los trabajadores de la salud.

Conclusiones

El personal sanitario que participó en esta investigación pertenece, en su mayoría, al género femenino, de estado civil solteros y en menor proporción casados, con una edad media de 38,68 años. Respecto al labor que realizan, la mayoría trabaja por turnos y a tiempo completo, realizando, en promedio, 8,8 horas diarias. La experiencia laboral promedio fue de 10,9 años.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Estrés laboral crónico de Maslach (MBI), mostraron niveles principalmente bajos en las tres dimensiones de burnout. Agotamiento emocional y despersonalización tuvieron la mayor parte de casos con un nivel bajo, mientras que realización personal obtuvo un nivel positivo en cerca de la mitad de casos. La población encuestada expuesta a niveles de riesgo preocupantes en burnout, se encuentra entre el 8,5 y el 31,9% de acuerdo con los resultados obtenidos en las tres dimensiones evaluadas.

En general puede afirmarse que el personal que participó en la investigación posee un nivel de salud mental parcialmente positivo dado que los resultados obtenidos mediante el Cuestionario DASS-21 mostraron que más del 80% reporta niveles leves de estrés y depresión, si bien es preocupante que en ansiedad se tiene casi la cuarta parte del personal en un nivel severo. Los niveles severos de estrés y depresión no superan la décima parte de casos.

El personal sanitario evaluado muestra rasgos asociados a flexibilidad psicológica al obtener una puntuación media de 12,94 en una escala de 7 a 49 puntos. También se encontró una percepción de soledad con un puntaje medio de 5,11 que se ubica por debajo de los niveles de percepción severa de soledad. Esto quiere decir que el personal sanitario encuestado posee factores internos (alta resiliencia) y externos (apoyo social) para enfrentar situaciones traumáticas o de crisis, lo que ayuda a prevenir afectaciones en su salud mental.

La evaluación de la calidad del sueño realizada mediante el Cuestionario de Pittsburg muestra que, en su mayoría, el personal sanitario posee una dificultad baja para conciliar el sueño, aunque una cuarta parte del personal reportó una dificultad media.

Recomendaciones

Debido a que la población está constituida por un porcentaje mayor de participantes de género femenino, se recomienda la realización de estudios con una muestra más grande y en igualdad de proporción con la finalidad de poder evidenciar si el sexo puede ser una variable asociada a mayor riesgo de burnout, estrés, ansiedad y depresión, en el personal sanitario.

Ante los niveles de burnout identificados, se recomienda la socialización a los trabajadores sanitarios, de acciones de autocuidado, afrontamiento y de contención emocional. Como acciones de autocuidado se propone dedicar más tiempo al descanso, relajación mediante meditación, mindfulness o adquirir algún pasatiempo. También incrementar la práctica de ejercicio y mantener una alimentación consistente, saludable y en horarios establecidos. Además, es necesario que las instituciones de salud evalúen la asignación de tareas, turnos y recursos para evitar la sobrecarga de trabajo, y realicen un seguimiento mediante el contraste de resultados aplicando el Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS) para evaluar el burnout.

Ante el nivel de ansiedad severa identificado es importante que el personal pueda trabajar con un profesional de atención a la salud mental para identificar las causas de su ansiedad, debido a la probabilidad de que dicha situación pueda derivar en ataques de pánico, o influir en los niveles de estrés. Es necesario que el personal pueda identificar aquello que percibe como amenaza y que desencadena su ansiedad, además de aprender ejercicios de respiración y relajación, y la racionalización del miedo como forma de afrontamiento. Ante los niveles bajos de estrés y depresión se recomiendan estrategias de prevención como pausas activas, impulsar la socialización entre el personal, y aumentar la apertura y apoyo social al personal por parte de las instituciones de salud.

Se encontraron pocos estudios relacionados con la medición de la inflexibilidad psicológica, por lo que se considera recomendable tomar en cuenta a esta variable como campo de estudio en futuras investigaciones, debido a la importancia que merece como predictor o factor asociado a los riesgos a la salud mental.

Respecto a la calidad del sueño, se sugieren acciones de autocuidado como cambios en los hábitos de sueño, en factores como la alimentación nocturna, práctica de ejercicio, o en la rutina adoptada para el descanso nocturno.

Se recomienda la realización de investigaciones futuras en el ámbito de la calidad del sueño del personal sanitario. Estos temas podrían abarcar aspectos como las diferencias en la calidad del sueño según los turnos y horas de trabajo, según características demográficas, y de según las áreas de trabajo o el tipo de pacientes.

Referencias

- Águila, B. A. (2015). Estrés académico. *Rev EDUMECENTRO*, 7(2), 163-178.
- Aguilera, E. C. (2019). Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 420-432.
- Álvarez, A. (2020). La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. *Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Mar del Plata, Centro de Estudios Históricos, Facultad de Humanidades, Argentina*, 12.
- Álvarez, R. (2022). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 9(2), 153-159.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Araujo, P. A., Sties, S., Wittkopf, P., Netto, A., Gonzáles, A., Lima, D., . . . Carvahlo, T. (2015). Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*(21), 472-475.
- Arenas, C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Arnau, J. (1995). Diseños de investigación longitudinal. En J. Arnau, *Diseños longitudinales aplicados a las ciencias sociales y del comportamiento* (págs. 35-53). México: Limusa.
- Astudillo, P., Losada, H., Schneeberger, P., Coronado, F., & Curitol, S. (2018). Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. *Revista chilena de cirugía*, 70(2), 117-126.
- Bambula, F. D. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131.
- Banco Central del Ecuador. (2020). *Informe económico 2020*. Quito: Banco Central del Ecuador .

- Banco Interamericano del Desarrollo. (2020). *Informe laboral del Ecuador*. Quito: Banco Interamericano del Desarrollo.
- Banco Mundial. (2020). La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, 6.
- Bárcena, A. (2020). Los Efectos Económicos y Sociales del COVID-19. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, 16.
- Barriga, D. (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), 1-9.
- Basanta, D. (2020). *Primer simposio COVID-19 HHA*. Polanco: Universidad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara de Ciego de Avila.
- Batalla, D., Campoverde, K., & Broncado, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*(16), 17-25.
- Bermejo, D. M. (2022). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 9(2), 153-159.
- Berrones, S. (2020). Las consecuencias económicas del Covid-19 en la economía ecuatoriana. *Revista Cuestiones Económicas*, 31(3).
- Blanco, G. (2020). La ansiedad en el personal sanitario. *Enfermería en Cardiología*(42), 41-45.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 676-688.
- Brewer , E. W., & Kubn , J. (2010). Casual-comparative desing. En N. J. Salking , *Encyclopedia of research design* (págs. 124-131). Thousand Oaks: Sage Publication

- Broche, Y. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Scielo*, 46(e2488).
- Cabezas, N. G. (13 de 11 de 2020). *Ayuda en Acción*. Obtenido de Salud mental en Ecuador: consecuencias de la COVID-19: <https://ayudaenaccion.org/ong/proyectos/america/salud-mental-ecuador/>
- Caccia, P., Grandis, M., & Pérez, E. (2021). Somatizaciones y apoyo social funcional percibido en el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19, en Buenos Aires, Argentina. *Psicología Unemi*, 5(8), 8-18.
- Calisaya, L. (2020). *Estudio del soporte familiar en la recuperación de pacientes con coronavirus (COVID-19) de la comunidad Católica Bodad de Caña - Arequipa q*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Castillo, G., Rosas, L., Cajías, P., & Escobar, K. (2019). Identificación del Síndrome de Burnout en personal médico del área de emergencias en un hospital de segundo nivel en Machala-Ecuador. *Ciencia y Salud Revista Virtual*, 11(2), 79-89.
- Cedeño, P., & Escobar, K. (2022). Síndrome de Burnout por COVID-19 en personal sanitario en áreas UCI y Emergencia de un hospital de segundo nivel. *Ciencia e Innovación en Salud*(e151), 84-98.
- Chauca, R. (2021). La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28, 587-591.
- Chemisquy, S. (2020). El Perfeccionismo Desadaptativo como Predictor de la Soledad y del Escaso Apoyo Social Percibido en Niños y Niñas Argentinos. *Revista colombiana de psicología*, 29(2), 105-123.
- Chicaiza, L., García, M., & Urrea, I. (2021). ¿Economía o Salud? Un análisis global de la pandemia COVID-19. *Revista de Economía Institucional*, 23(44), 171-194.
- Cruz, D. M. (2017). Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *Psicogente*, 20(38), 268-281.

- Cuenca, I. (2021). *Impacto de la pandemia por COVID 19 en la calidad del sueño en personal del área de la salud. Revisión bibliográfica*. [Tesis, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador.
- Delgado, R., & Foladori, G. (Julio de 2020). Para comprender el impacto disruptivo en la COVID-19, un análisis desde la crítica de la economía política. *Migración y Desarrollo*, 18(34), 161-178.
- Díaz, F. J., & Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183-205.
- Donio, M., & Pinazo, S. (2016). El apoyo social y la soledad de las mujeres mayores usuarias de teleasistencia. *Revista INFAD de psicología*, 1(2), 179-188.
- Ena, J., & Wenzel, R. (2020). Un nuevo coronavirus emerge. *Revista clínica Español*, 220(2), 115-116.
- Fernández, G. (2018). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76.
- Fillat, Á. C. (2020). COVID-19. Las consecuencias sociales, sanitarias y cardiovasculares. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 20, 1-11.
- García, A., Querts, O., Hernández, R., Agüero, R., & Cascaret, X. (2017). Algunas variables biológicas relacionadas con trastornos del sueño en estudiantes de primer año de medicina. *MEDISAN*, 19(8), 978-983.
- Gil-Fortoul, D. (2021). Impacto psicológico de la pandemia: análisis temático de experiencias emocionales en Ecuador. *CienciAmérica*, 10(1), 111-123.
- Gómez, L. (2020). Recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario cubano ante la COVID-19. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 16(33), 1-20.
- Groppa, J. (2022). Flexibilidad psicológica, ansiedad y COVID-19, una revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7(305).

- Guerra, J. B. (2022). Desgaste profesional en enfermeras durante la COVID-19, Hospital de segundo nivel en Ecuador. *Recimundo*, 6(1), 289-300.
- Guerrero L. (2020). Coronavirus en Ecuador: una opinión desde la Academia. *Revista de Ciencias de la Vida*, 32(2), 127-133.
- Haro, A. S. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3, 1-7.
- Herrera, D. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Eneurobiologica*, 8(17).
- Hidalgo, A., Vargas, M., & Carvajal, C. (2021). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Revista Médica Sinergia*, 6(08).
- Hidalgo, E. G. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista científica PAIAN*, 8(2), 36-32.
- Huaman, D. (2021). Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú. *Medicina General Integral*, 37(e1481), 1-15.
- INEC. (junio de 2022). INEC. Obtenido de INEC: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYmNmYjdiMTYtODE3Mi00YjMyLWI2NzAtYjlxZGRhZGMwOTI1IiwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1O WJkYTExMiJ9>
- Izquierdo, M. (2022). *Compromiso laboral y factores asociados en enfermeras de dos clínicas privadas de Ecuador, 2022*. [Tesis, Universidad César Vallejo]. Piura, Perú: Repositorio digital de la Universidad César Vallejo.
- Izurieta, I. L. (2022). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*, 4.
- Koury, J. M. (2020). Reseña histórica del COVID-19: ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia?. *Acta Odontológica Venezolana*, 58(1), 3-4.

- León, C., & Olivera, E. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. *Revista De Investigaciones De La Universidad Le Cordon Bleu*, 9(1), 61-78.
- Lira, D. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-28.
- Llibre, J., Noriega, L., Guerra, M., Zayas, T., Llibre, J., Alfonso, R., & Gutiérrez, R. (2021). Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19. *Ciencias Biomédicas*, 11(3).
- Lliguisupa, V. d. (2021). Social and psychological impact of COVID-19 in health personnel. Ecuador Case. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 9(2), 153-159.
- López, I. I. (2021). La salud mental del personal sanitario covid - 19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50.
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno*(70), 110-120.
- Manga, D. (2017). Tipos de Adolescentes según la Soledad y el Acoso Escolar Percibido: diferencias en personalidad y apoyo social. *Adolescense*, 41(162), 341-353.
- Marrugo, E. A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público. *MEDISAN*, 21(11), 3172-3179.
- Martínez, R., González, L., Navarro, N., Roca, J., & Reynoso, O. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global*, 20(63).
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). Maslach burnout inventory. *Consulting Psychologists Press*, 21, 3463-3464.
- Medina , O., Araque, F., Ruiz, L., Riaño, M., & Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 755-761.
- Mesa, M. (2022). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Jornada Científica XL Aniversario*. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

- Miranda, V., Monzalvo, G., Hernández, B., & Ocampo, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 115-122.
- Molina, E. B. (2021). Consecuencias sobre el empleo por el impacto del COVID-19, en el entorno de los negocios de la Región 6. *Consciencia Digital*, 4(4), 85-105.
- Montejano, S. R. (2018). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en un caso de inflexibilidad psicológica durante el embarazo. *Revista de diagnóstico Psicoterapia Psicología y salud*, 9(e13), 1-11.
- Montilla, J. M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería global*, 16(47), 576-604.
- Mora, P. C. (2018). Trastornos del sueño: qué son y cuáles son sus consecuencias. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(1), 6-20.
- Morejón, A. J., & García, R. J. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54.
- Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Trastorno de ansiedad: regresión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Neidhofer, G. (2020). Consecuencias de la pandemia del COVID-19 en las desigualdades sociales en el largo plazo. *Programa de las Naciones Unidas*, 15.
- OIT. (19 de 06 de 2022). *Organización Internacional del Trabajo*. Obtenido de En qué medida va a afectar el COVID-19 al mundo del trabajo: https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739398/lang-es/index.htm#:~:text=Seg%C3%BAn%20se%20desprende%20de%20diversas,caso%20de%20los%20trabajadores%20desprotegidos).

- OMS. (2018). *Salud de la Mujer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Ortega , D. (2021). *Guía didáctica: Trabajo de Integración Curricular-Proyecto de Investigación*. Loja.
- Ortega-Jiménez, D., Ruisoto, P., Bretones, F. D., Ramírez, M. R., & Vaca Gallegos, S. (2021). Psychological (In) Flexibility Mediates the Effect of Loneliness on Psychological Stress. Evidence from a Large Sample of University Professors. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18(6).
- Ortiz, D., & Armoa, C. (2020). Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*, 7(2), 45-56.
- Osores, S. I. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 212-213.
- Pan American Health Organization. (diciembre de 2022). *Cumulative confirmed and probable COVID-19 cases reported by Countries and Territories in the Region of the Americas*. Obtenido de Pan American Health Organization: <https://ais.paho.org/hip/viz/COVID19Table.asp>
- Parcos, X. (2021). *Incidencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con Covid19 en Quito, Ecuador*. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Quito: Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador.
- Parra, M. (2021). Evolución del COVID-19 en Ecuador. *Revista investigación y Desarrollo I+D*, 13(1), 27-40.

- Pérez, M., Gómez, J., & Dieguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15.
- Pochintesta, P. (2019). Vida Cotidiana, Apoyo Social Y Experiencia de Soledad en Personas Mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *ILUMINURAS*, 20(49).
- Prowesk, K. S. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44-52.
- Rainer, R., & Harumi, J. (2020). Situación epidemiológica del COVID-19 en Sudamérica. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 525-527.
- Rodríguez, J. H. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Rondón, M. B. (2016). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud*, 23(4), 237-238.
- Ruiz, I., Melguizo, A., Martos, M., & Hombrados, I. (2021). *Pacientes con cáncer en confinamientos por COVID-19. Análisis de las satisfacción con el apoyo social recibido, estrés percibido, felicidad subjetiva y resiliencia*. [Contribución a Congreso científico, Universidad de Málaga]. Repositorio digital de la Universidad de Málaga.
- Shadish, W., & Clark, M. (2004). An introduction to propensity scores. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4(2), 291-300.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Simó, C., Hernández, A., Muñoz, D., & González, M. E. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 25(151), 141-166.
- Stubbs, J., & Achat, H. (2022). Are healthcare workers particularly vulnerable to loneliness? The role of social relationships and mental well-being during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research Communications*, 2(2).

- Tomalá, M., Domínguez, Y., Maza, E., & Villamar, J. (2021). Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. *Higiya de la Salud*, 4(1).
- Torres, V., Farias, J., Reyes, L., & Díaz, 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.
- Traub, C., & Sapag, J. (2020). Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en Salud Mental. *Revista médica de Chile*, 148(9).
- Tulio, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 47-52.
- UNESCO. (2020). COVID-19: Problemas sociales y psicológicos en la pandemia. UNESCO, 7. Obtenido de UNESCO.
- UNICEF. (2022). Los efectos de la pandemia en el bienestar de los hogares en Ecuador. UNICEF, 4.
- Valiente, C., Saiz, J., Valiente, B., Lombraña, R., & Martínez, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de psicología*, 38(3), 149-158.
- Vásconez, A. I. (2022). Efectos de la Emergencia Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores: Una revision de alto impacto. *Investigatio*, 21.
- Vega-Dienstmaier, J. M. (2019). Publicaciones científicas peruanas sobre salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(3), 163-165.
- Veléz, M. (2018). Características de la Ansiedad y Depresión en universitarios. *International Journal Psychological*, 1(1), 34-39.
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., & Rioseco, P. (2009). Las contribuciones de Chile a la investigación en epidemiología psiquiátrica. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 118-131). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Vidotti, V. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 344-376.
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Tapia, E., & Vinueza, M. F. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico (CCM)*, 25(2), 1-17.
- Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., & Noé, M. (2020). Ansiedad por Covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de investigación en Psicología*, 23(2), 197-215.

Apéndice

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 \$801 a \$1200 \$1201 a \$1600 mayor a \$1601

Profesión: _____ **Título:** _____

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

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

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

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo Parcial

Tipo de institución: Pública Privada

En el último año usted ha tratado pacientes con riesgo de muerte: Si No

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si ___ No ___

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

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

MBI

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							

17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

DASS-21

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

0= Nada aplicable en Mí

1= Aplicable a Mí en algún grado

2= Aplicable en Mí en alto grado

3= Muy aplicable en Mí

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

AAQ – II

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

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

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

UCLA-R

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

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

Con que frecuencia:

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

AUDIT

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

1.	En el último año ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?	Nunca. (Si su respuesta es esta, pasar directamente a la pregunta 9)	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes.	2 ó 3 veces a la semana.	4 ó más veces a la semana.
2.	En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?	2 o menos	3 ó 4.	5 ó 6.	7 a 9.	10 ó más.
	En el último año:	Nunca	Menos de una vez/mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
3.	¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	0	1	2	3	4

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

Calidad de sueño

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

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

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

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

- 1= no me ha ocurrido
 2= menos de una vez a la semana
 3= una o dos veces a la semana
 4= tres o más veces a la semana

a.	no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:.....	1	2	3	4
b.	despertarse en mitad de la noche o de madrugada.....	1	2	3	4
c.	tener que ir al baño.....	1	2	3	4
d.	no poder respirar adecuadamente	1	2	3	4
e.	tos o ronquidos:	1	2	3	4
f.	sensación de frío:.....	1	2	3	4
g.	sensación de calor:.....	1	2	3	4
h.	pesadillas.....	1	2	3	4
i.	sentir dolor.....	1	2	3	4

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

Muy buena
 Bastante buena

Muy mala
 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
Menos de una vez a la semana

Una o dos veces 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
Menos de una vez a la semana

Una o dos veces 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
Solo ligeramente problemático

Moderadamente 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