



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 los sectores centro y sur de la
provincia de Loja en el año 2022-2023**

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

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Autor: Cueva Torres, Anthony Julián

Director: Ocampo Vásquez Karina Elizabeth

LOJA

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 11 de diciembre de 2022

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

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia de Loja en el año 2022 -2023 realizado por Anthony Julián Cueva Torres 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: Ocampo Vásquez Karina Elizabeth, Mgtr.

C.I.: 1104772015

Correo electrónico: keocampo@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Anthony Julián Cueva Torres, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia de Loja en el año 2022-2023, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: 1. Marco teórico; 2. Marco metodológico; 3. Resultados y discusión y las conclusiones y recomendaciones. Siendo Karina Elizabeth Ocampo Vásquez 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: Anthony Julián Cueva Torres

C.I.: 1105546608

Correo electrónico: ajcueva2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Con mi corazón rebosante de alegría por las bendiciones y aprendizajes alcanzados a lo largo de mi preparación académica, dedico este triunfo a Dios fuente de sabiduría; a mi amada abuelita Antonieta que ha venido siendo mi respaldo en todo momento; a mi madre Paola mi apoyo constante e incondicional, a todos mis familiares, algunos de ellos que ya han partido al altísimo, que de una o de otra manera sembraron en mí el valor de la perseverancia a través de su ejemplo. A mis queridos tíos Alex y Margeori que con su palabra precisa forjaron en mí el ahínco para no sentirme derrotado nunca, aún y a pesar de las contrariedades de la vida.

A los docentes de la UTPL quienes a través de su grandioso bagaje de conocimientos me han proporcionado y compartido sus saberes académicos y espirituales.

Agradecimiento

A Dios por la oportunidad grandiosa de aprender en el día a día. a la UTPL y toda su planta docente que han venido guiando mi formación académica y espiritual. A toda mi familia por creer en mi potencial que se verá siempre reflejado en mis actos con humildad y amor en todo lo que emprenda.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Índice de tablas	X
Índice de figuras	X
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
Marco teórico	5
1.1 Covid 19.....	5
1.1.1 <i>Reseña histórica de la pandemia</i>	5
1.1.2 Consecuencias de COVID 19.....	7
1.1.3 COVID 19 en Ecuador	8
1.1.4 COVID 19 en personal sanitario y sus repercusiones	10

1.2	Afectaciones a la salud mental	12
1.2.1	Salud mental.....	13
	Ansiedad.....	15
	Depresión.....	16
	Estrés	18
	Burnout	19
	Alteraciones del sueño	21
1.2.2	Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios	22
	Ansiedad.....	22
	Depresión.....	24
	Estrés	25
	Burnout	26
	<i>Alteraciones del sueño</i>	28
1.3	Variables psicosociales relacionadas a la salud mental	28
1.3.1	Inflexibilidad psicológica.....	29
1.3.2	Soledad y apoyo social.....	30
1.3.3	Estrategias de afrontamiento	31
1.3.4	Retos y desafíos de la Covid 19 en profesionales de la salud.....	32
	Capítulo dos	34
	Metodología.....	34
2.1	Objetivos.....	34
	Objetivo general.....	34

Objetivos específicos:	34
2.2 Preguntas de investigación	34
2.3 Diseño de investigación	35
2.3.1 Población y muestra	37
2.4 Criterios de inclusión / exclusión	37
Criterios de inclusión	37
Criterios de exclusión	38
2.5 Instrumentos de recogida de información	38
2.6 Procedimiento	41
Capítulo tres	45
Resultados y Discusión	45
Características sociodemográficas y laborales del personal de salud	49
Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud	52
Percepción de la salud mental del personal de salud	53
Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad	55
Calidad de sueño del personal de salud	56
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Referencias	61
Apéndice	76
Apéndice A. Batería psicológica aplicada	77

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas y laborales del personal de salud	45
Tabla 2 Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud	46
Tabla 3 Percepción de la salud mental del personal de salud.....	47
Tabla 4 Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad	48
Tabla 5 Calidad de sueño del personal de salud	49

Índice de figuras

Figura 1 Síntomas de la depresión	17
Figura 2 Revisión de la literatura para la elaboración del marco teórico	42
Figura 3 Recolección de información de la muestra seleccionada.....	43

Resumen

La pandemia de la Covid 19 generó efectos en la salud mental del personal sanitario en primera línea, quienes presentan sintomatología de trastornos depresivos de agotamiento psicosocial y fisiológico. Esta investigación se caracteriza por ser no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y cuantitativa; y tiene como objetivo determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia de Loja, de instituciones de salud de los cantones Celica, Pindal y Puyango. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta a 43 trabajadores sanitarios conformada por instrumentos tales como: el cuestionario ad hoc sociodemográfico, 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). Por tanto, se evidencia que el personal sanitario, en gran parte de las variables evaluadas, se encuentra en niveles estables debido a los niveles leves de estrés y depresión que presentan en los resultados obtenidos.

Palabras clave: salud mental, trabajadores sanitarios, COVID 19.

Abstract

The Covid 19 pandemic generated effects on the mental health of health personnel on the front line, who present symptoms of depressive disorders of psychosocial and physiological exhaustion. This research is characterized by being non-experimental, cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative; and its objective is to determine the mental health status of health workers during the COVID 19 pandemic in the central and southern sectors of the province of Loja, from health institutions in the Celica, Pindal and Puyango cantons. For data collection, a survey was applied to 43 health workers made up of instruments such as: the ad hoc sociodemographic questionnaire, chronic work stress inventory (MBI-HSS), the Depression, Anxiety and Stress scales (DASS - 21), the acceptance and action questionnaire (AAQ - II) 7; the Loneliness Scale (UCLA-3) and the Sleep Quality Index (PSQI). Therefore, it is evident that the health personnel, in a large part of the variables evaluated, are at stable levels due to the mild levels of stress and depression that they present in the results obtained.

Keywords: mental health, health workers, COVID 19.

Introducción

A finales de 2019 e inicios del año 2020 la población a nivel mundial estuvo afectada por una pandemia, la cual en sus inicios sería reportada como una nueva neumonía, esto sucedía en Wuhan (China). En el mes de marzo de 2020 en Ecuador se presentó el primer caso; en consecuencia “se decreta estado de excepción y el estado de emergencia sanitaria. Producto de ello la población ecuatoriana se somete a periodos largos de confinamiento en sus hogares, con las consecuencias asociadas a cambios psicosociales” (Bustamante Granda y otros, s.f. p. 3).

La salud mental ha sido abordada en diferentes ámbitos, los cuales pretenden generar acciones en pro del bienestar de las personas. Es así por ejemplo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la pandemia por COVID 19 brindó sugerencias para mantener una salud mental estable e indicaba que “son muchas las cosas que podemos hacer para cuidar nuestra salud mental y ayudar a otras personas que pueden necesitar más apoyo y atención” (OMS, 2022, párr. 3). En esta investigación, se aborda la salud mental del personal sanitario en el país, en este sentido, también se puede establecer que el entorno de trabajo también puede influir en el desempeño de los profesionales de la salud debido a que “la mejoría de sus condiciones de trabajo (en la medida de las posibilidades) garantizan un desempeño eficiente ante crisis” (Saltos Llerena y otros, 2022, p. 156).

Para el desarrollo de la investigación se planteó como objetivo el determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia Loja de las instituciones de salud de los cantones Celica, Pindal y Puyango; para lograr este objetivo se aplicó una encuesta a 43 trabajadores de la salud de hospitales de los cantones ya mencionados.

En la investigación se presenta el marco teórico en donde se aborda una visión del COVID 19, para ello se realiza una reseña histórica, luego se establecen las consecuencias de esta enfermedad a nivel mundial, siguiendo ese recorrido se describe cómo fue el paso del covid en Ecuador y se analiza cómo afectó a la salud mental nivel a los trabajadores

sanitarios; para ello se teorizan diferentes indicadores tales como: la ansiedad, depresión, estrés, burnout y las alteraciones del sueño.

En el capítulo 2 se aborda la metodología, en donde se explica cuáles fueron los objetivos y las preguntas de investigación, asimismo se explica cómo está diseñado el estudio; se detalla la población y la muestra, así como también cuáles fueron los criterios de exclusión e inclusión para escoger a la muestra participante. A su vez, se determina cuáles fueron los instrumentos para la recolección de la información y el procedimiento de la información de este estudio.

En el capítulo III se establecen los principales hallazgos y el análisis en torno a los datos que proporcionaron las muestras participantes, así como la discusión la cual aborda aportes de otras investigaciones que evalúan los indicadores relacionados con la salud mental.

En otro apartado se establecen las conclusiones a las que se llegó luego de la aplicación de los instrumentos de evaluación, y a su vez se proporcionan recomendaciones que serán un aporte en base a los resultados y conclusiones que dejó el estudio desarrollado.

Es importante mencionar que el evaluar la salud mental de los trabajadores sanitarios de sectores centro y sur de la provincia Loja permite que se puedan establecer estrategias que ayuden a mejorar la salud mental de las personas que están al cuidado de la ciudadanía, ya que, si estos tienen una buena calidad de vida, podrán brindar un buen cuidado a quienes están bajo su cuidado.

Cabe indicar que para este trabajo de investigación se utilizó la encuesta que se aplicó a las instituciones de salud de los cantones antes mencionados las cuales hicieron posible el desarrollo de este estudio, es imperante tomar en cuenta que estudiar la salud mental permite conocer que problemas y afecciones puede ocasionar el haber vivido una pandemia y así poder conocer cómo se puede solucionarlos.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 COVID 19

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2) o mejor conocido como COVID 19 ha generado cambios en la cotidianidad de las personas, a su vez este virus ha hecho que los gobiernos a nivel mundial adopten diferentes medidas para paliar los estragos que esta enfermedad ha generado; así, por ejemplo, el confinamiento de la población, restricciones a las actividades cotidianas (bares, mercados, etc.); en el sector de la educación se suspendieron las clases presenciales y se recurrió al uso de plataformas tecnológicas para continuar con la impartición de las clases; por otro lado, también se establecieron medidas de protección como el uso de la mascarilla, el constante lavado de manos, el aislamiento, entre otras acciones.

En el caso del coronavirus, los manejos económicos y políticos errados, las desigualdades, injusticias y demás problemas sociales, combinados con enfermedades preexistentes y condiciones ambientales degradadas, se vuelven factores clave que empeoran la situación de por sí grave asociada a la enfermedad. (Cajas-Guijarro, 2021, p. 28)

Existen factores comunes en la mayor parte de los países, por ejemplo, los efectos económicos y sociales que el virus ha potenciado, asimismo las condiciones de los sistemas de salud y la forma en cómo cada uno de los gobiernos ha enfrentado la crisis ha influido en el grado de afectación y propagación del virus en cada una de las poblaciones.

1.1.1 Reseña histórica de la pandemia

Wuhan fue la ciudad en donde inició la pandemia por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2) o más conocido como COVID 19. En sus inicios este virus fue determinado como un brote de neumonía grave; según los estudios realizados se determinaba que el virus tenía un comportamiento más agresivo en los adultos de 30 a 79 años (Wu y McGoogan, 2020).

De acuerdo con los estudios realizados por Wu y McGoogan (2020), Zhou y otros (2020), Díaz-Castrillón y Toro-Montoya (2020) entre otros, se establece que entre el 18 y 29 de diciembre de 2019 se presentaron los primeros cinco casos, cuatro de ellos fueron hospitalizados porque presentaban el síndrome de distrés respiratorio y uno de ellos falleció. Entre los principales casos de los pacientes infectados se encontraban las personas que frecuentaban o a su vez trabajaban el Huanan Seafood Wholesale Market, un mercado que expendía principalmente mariscos. En enero del año 2020 el mercado fue cerrado.

A finales de enero de 2020 ya el virus no solamente se encontraba en las provincias de China, sino que ya para esa fecha se reportaron alrededor de 10 mil casos en diferentes partes del mundo tales como Estados Unidos, Camboya, Japón, Emiratos Árabes Unidos, Australia, Canadá, entre otros países (Koury y Hirschhaut, 2020).

Desde su aparición, este virus ha causado conmoción en la comunidad médica y el mundo entero; y, por la gran cantidad de pacientes que han sido víctimas de este virus, se lo ha declarado emergencia de salud pública a nivel mundial. Este virus ha tenido distintas nominaciones, entre ellas: 1. SARS-CoV-2 según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus y 2. 2019-nCoV, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de que los indicios de este virus fueron por el mes de diciembre, recién en enero de 2020 las autoridades chinas anunciaron que este virus fue el agente causante del brote de neumonía grave.

Otro de los indicios que aún se mantiene en investigación es el hecho de cuál es el origen del virus, es decir su origen zoonótico, aunque la similitud que este virus tiene con los del murciélago se considera que probablemente estos sean el depósito primario del virus, de acuerdo con los estudios desarrollados se ha detectado que el 2019-nCoV tiene un 96% de parencia de un coronavirus del murciélago (Zhou y otros, 2020).

La historia y la aparición del virus a pesar de generar diversas incógnitas que han sido estudiadas a lo largo de su paso el mundo se ha establecido que este virus es muy contagioso y se transmite rápidamente entre las personas mediante la tos y por contactos que sean cercanos a un individuo que haya contraído el virus y, "debido a que no hubo un aislamiento

social a tiempo en China y luego en Italia y España, la enfermedad se esparció rápidamente a muchos países porque es muy contagiosa” (Maguiña Vargas y otros, 2020, p. 125).

1.1.2 Consecuencias de COVID 19

El Coronavirus SARS-CoV-2 ha tenido como principal característica su rápida propagación, de acuerdo con la clasificación de los coronavirus podemos encontrar que estos se dividen en: 1. Alfa, 2. Beta, 3. Delta y 4. Gamma; y los que afectan a los seres humanos son los coronavirus alfa y beta, estos han provocado enfermedades leves como un resfriado común (MERS-CoV) hasta el síndrome respiratorio agudo severo que como se conoce causó centenares de muertes en el año 2020.

Los coronavirus son virus envueltos de ARN de sentido positivo no segmentados que pertenecen a la familia Coronaviridae y al orden Nidovirales, y se distribuyen ampliamente en humanos y otros mamíferos, originando múltiples afecciones que van desde una gripe «común» hasta la muerte (Palacios Cruz y otros, 2020, p. 56)

Para abordar las consecuencias del COVID 19 es necesario indicar que el surgimiento de las enfermedades zootécnicas implica el atender la principal causa que este ha generado no solo a nivel local, regional, nacional sino en todo el mundo, como es el caso del impacto que ha producido esta enfermedad en las personas y el entorno que a esta le rodean. “La pandemia SARS-CoV2 (COVID-19) ha representado la peor pesadilla para muchas familias que han perdido a un ser querido y para los pacientes que han sobrevivido, pero presentan déficits importantes debido a la enfermedad” (Molina-Molina, 2020, p. 71).

A nivel individual se ha podido evidenciar que existen diferentes enfermedades, lesiones, síndromes, entre otros, que un individuo puede contraer luego de haber padecido de COVID 19, por ejemplo, el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que “es la expresión máxima del compromiso pulmonar en aquellos pacientes con neumonía causada por la enfermedad por coronavirus tipo 2 (covid-19)” (Vera Carrasco, 2021, p. 60)

La Organización Panamericana de la Salud (2021) estableció otra consecuencia que se relaciona con el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, este síndrome se

producía al igual que el COVID 19 el cual puede aumentar el riesgo de complicaciones, así como la muerte en niños y adolescentes.

Otra de las consecuencias que acarrea el haber padecido de COVID 19 la población joven es el síndrome pos-COVID 19, este padecimiento no tiene un cuadro específico de síntomas ya que a medida que ha pasado el tiempo las dolencias se han ido diversificando, las personas que padecían de este síndrome tenían “fatiga, disnea y deterioro neurológico durante varios meses después de la aparición de los primeros síntomas” (Organización Panamericana de la Salud, 2021, p. 9)

El COVID 19 generó una emergencia a nivel mundial, esto trajo como consecuencia que las actividades que los individuos desarrollaban a menudo sean modificadas, teniendo que adaptarse y organizar nuevas formas de vivir.

Es indudable que la crisis generada por el COVID-19 está provocando impactos específicos sobre las mujeres en todas las dimensiones del desarrollo y profundizando las desigualdades de género existentes, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos, en los hospitales y centros de salud, en el trabajo y también en la política. (Enríquez y Sáenz, 2021, p. 38)

Las consecuencias generadas por el COVID 19 han obligado y obligan hasta estos momentos a los Estados, a pensar y desarrollar acciones que eviten que esta enfermedad siga causando revuelo en las sociedades.

1.1.3 COVID 19 en Ecuador

El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró al COVID 19 como pandemia; “miles de personas han muerto por el coronavirus que apareció en la ciudad china de Wuhan en diciembre. Hasta el momento hay más de 300.000 casos por todo el mundo” (Naciones Unidas, 2020, párr. 2); así se reportaban las novedades del COVID 19.

En Ecuador, el primer caso que se reportó fue el de una ecuatoriana de 71 años (paciente 0) que había regresado de España a Ecuador el 14 de febrero y ya para el 13 de marzo se declaró que la paciente 0 había fallecido (Santilán Haro y Palacios Calderón, 2020). Los casos se fueron incrementando en el país, y ya para el 16 de marzo del 2020 el presidente

de turno Lenin Moreno Garcés al tener un saldo de 58 casos positivos repartidos en el país declaró el Estado de Excepción, esto con el objetivo de evitar la propagación del virus. Entre las resoluciones que se expidieron a inicios de la pandemia en Ecuador fueron:

- 1) Cierre de servicios públicos excepto: salud, seguridad, servicios de riesgos.
- 2) Hospitales, tiendas mercados y supermercados permanecerán abiertos.
- 3) Suspensión total de la jornada laboral presencial del sector público y privado a partir del martes 17 de marzo.
- 4) Toque de queda (para vehículos y personas) desde martes 17 de marzo del 2020 desde 21h00 a 5h00 del siguiente día.
- 5) Suspensión de vuelos nacionales de pasajeros.
- 6) Suspensión de transporte interprovincial. (Santilán Haro y Palacios Calderón, 2020, p. 2)

En los inicios de la declaración de la pandemia, la provincia del Guayas fue una de las más afectadas; vivió los momentos más críticos entre marzo y abril de 2020, en donde a través de las diferentes publicaciones realizadas se mostraban imágenes de cuerpos que habían sido dejados en las aceras debido a que los hospitales y morgues estaban saturados. “La pandemia de la COVID-19 ha golpeado fuertemente al Ecuador, no solo en lo sanitario, sino en lo social, lo económico y lo político. (...) más de 85.000 personas se han infectado a nivel nacional” (Ortiz-Prado y Fernández-Naranjo, 2020, p. 8)

A medida que el virus se ha ido implantando en el país se ha podido establecer diferentes estragos que ha causado esta enfermedad, tales como: 1. Pérdidas económicas, de acuerdo a los datos establecidos por el Banco Central del Ecuador en el periodo marzo – diciembre 2020 se estimó que el sector privado perdió aproximadamente 12.790,51 dólares y el sector público 3.591,23 dólares, entre los sectores que más afectados se vieron fueron: turístico, manufactura y comercio.

Otro de los sectores que jugó un papel importante fue el de la salud, uno de los principales actores en este sector fue el personal sanitario que estuvo en primera línea haciendo frente a la enfermedad, se emitieron algunos aportes por el trabajo realizado, entre

ellos se implementó la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario que estableció mecanismos para garantizar estabilidad laboral del personal de salud.

De acuerdo a la actualización (29 de febrero hasta 23 de abril de 2022) del informe emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2022) sobre la situación epidemiológica del COVID 19, se presentan 34 casos diarios confirmados lo que da a nivel nacional un total de 86.285 de casos, aproximadamente 1.844.142 casos se descartan, asimismo existen 194.678 casos probables y 1.279 personas fallecidas de las cuales 1.050 son confirmadas de muerte por COVID 19.

El Ministerio de Salud Pública el 12 de abril de 2022 indicó que en el país existe un 5% de positividad, a su vez la ministra de salud Ximena Garzón al indicar el estado del país también informó que los casos se encuentran controlados, que los casos de salud no siempre necesitan ser ingresados a una casa de salud (Ministerio de Salud Pública, 2022)

A su vez, existen también medidas establecidas por el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE), en donde se indica que el retorno a clases y a los lugares de trabajo es 100% presencial, ya no hay un límite de aforos en transporte interprovincial, espacios cerrados como clubes, discotecas, piscinas, entre otros; esto fue emitido en la resolución del Comité de Operaciones de Emergencia del 17 de marzo de 2022.

De acuerdo a la realidad, también es necesario “adoptar medidas para impulsar la inversión privada, atraer inversiones extranjeras a nuevos sectores, y permitir que los factores productivos, principalmente el trabajo, tenga la flexibilidad para fluir a los sectores emergentes de mayor productividad” (Banco Mundial, 2022, párr. 5).

A partir del 28 de abril de 2022 el uso de la mascarilla fue dispuesto como opcional de acuerdo a lo dispuesto por cada gobierno descentralizado, ya que desde el Gobierno se ha anunciado que el uso de la mascarilla ya no es obligatorio en espacios abiertos y cerrados.

1.1.4 COVID 19 en personal sanitario y sus repercusiones

El personal sanitario estuvo en la primera línea durante la pandemia; estuvo sometido a una sobrecarga de trabajo de manera brusca así como a cambios frecuentes de protocolos

de actuación; por ende, es necesario que se gestionen y se establezcan estrategias que eviten que el sistema colapse y el personal se contagie.

La Organización Mundial de la Salud (2020), Elizarrarás-Rivas y otros (2020), Domínguez y otros (2020) han brindado distintas medidas que deben ser adoptadas por el personal de salud con el objetivo de cuidar al persona sanitario, tales como:

1. Controlar a los pacientes para evitar el contagio a través de la implementación de medidas, como por ejemplo: que cada paciente que tenga sospecha de COVID 19 debe usar mascarilla.
2. Utilizar un tipo de protección para cada actividad que realice el personal sanitario, por ejemplo en la habitación de pacientes COVID 19 en hospitales en donde brindará atención directa, el personal sanitario debe utilizar: máscara quirúrgica, guantes, bata, gafas/careta (Elizarrarás-Rivas y otros, 2020).
3. Crear un equipo de apoyo a la seguridad de los trabajadores de la salud el cual se encargará de velar por las necesidades que tenga el personal (Domínguez y otros, 2020).

El personal de salud cumple un papel vital en la gestión de cualquier brote infeccioso, en el caso de la enfermedad por COVID 19, este personal tuvo y tiene gran participación para brindar atención médica a cada individuo contagiado con el virus, ya que este debe estar preparado para dar asistencia y respuesta a las condiciones de salud de las personas.

Con el aumento progresivo de los pacientes sintomáticos y la escases de recursos materiales, el personal médico y toda persona que trabaje en las unidades hospitalarias requieren una sólida capacitación en las estrategias de prevención de exposición de riesgos y patologías asociadas a sus actividades laborales y al control de las mismas (Elizarrarás-Rivas y otros, 2020, p. 315).

Si bien es cierto el personal de salud debe estar listo para brindar ayuda, a su vez es necesario conocer el estado de la salud física y mental de cada servidor debido al estrés continuo que atraviesan por el alto número de horas en sus jornadas de trabajo a los que han estado expuestos.

En China, los investigadores Huang y otros (2020) en su estudio denominado “Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19” aplicaron en el año 2020 a un grupo del personal sanitario la Escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la Escala de auto evaluación para el Trastorno de estrés Postraumático (PTSD - SS), en el cual se obtuvo como resultados que el personal de enfermería presentaba mayores niveles de ansiedad que el personal médico.

Mientras la mayor parte de la población se encontraba confinada en sus hogares, el personal sanitario fue llamado a estar en primera línea para atender los casos que en varias partes del mundo (América, Asia, Europa, entre otros) se fueron incrementando; esto ha hecho que el personal sanitario sufra de problemas en su salud física y mental, por ejemplo: la ansiedad por las distintas situaciones que ocurren a lo largo del día en donde se busca dar una respuesta ágil y efectiva, todas las demandas pueden recaer en estrés y si se lo mantiene a largo tiempo puede ser nocivo, por lo que se le conoce como distrés (De la Serna, 2020);

Cabe destacar que, los profesionales que trabajan en el ámbito de las emergencias, se encuentran en contacto con el sufrimiento ajeno y la muerte en mayor medida que aquellas personas que intervienen en otro tipo de situaciones, cuestión que puede desencadenar estrés y diferentes consecuencias a nivel personal y profesional. (Martín Arias y Pachecho Tabuenca, 2021, p. 73).

El personal que trabaja en áreas de la salud a lo largo de su trabajo en situaciones de crisis y emergencias sufre de diferentes enfermedades, problemas que aquejan a su salud, lo que muestra la necesidad de que los hospitales puedan establecer la ayuda necesaria para que su personal pueda cumplir con su trabajo de manera efectiva.

1.2 Afectaciones a la salud mental

La pandemia por el COVID 19 ha sido y es una de las enfermedades que además de haber causado dolor en familias que han perdido a un ser querido, problemas económicos en cada estrato familiar, ha ocasionado consecuencias físicas y psicológicas en los individuos, tanto a nivel mundial, así como local y regional.

Los problemas de salud física, el aislamiento, la falta de contacto social, la dificultad en la conciliación con la vida personal, los cambios de hábitos (..) empiezan a “pasar factura” a la salud mental de la población. A esta situación crítica de aumento de la demanda en la atención a la salud mental (que algunos ya denominan `la cuarta ola`) (Confederación Salud mental España, 2021, p. 4).

Las personas que han padecido la enfermedad por coronavirus según Taquet y otros (2020) indican que los individuos tienden a padecer cuadros de ansiedad, insomnio, depresión, además de incrementar los pensamientos suicidas (O'Connor y otros, 2021); además, existe un nivel alto de padecer afectaciones a la salud mental por factores como el desempleo, tomando en cuenta que en el año 2021 en América Latina y El Caribe 41 millones de personas durante la pandemia se quedaron sin trabajo (Becerra Sarmiento y otros, 2021).

La pandemia por Covid 19 ha agudizado problemas latentes en las sociedades, y cada uno de los sectores se ha visto afectado por la reorganización que se ha tenido que realizar para adaptarse a una realidad, en donde los problemas psicológicos, que en ocasiones no son tratados y considerados como prioritarios, son los que hacen que los individuos presenten altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y otras alteraciones.

1.2.1 Salud mental

Un individuo que se encuentre en un estado de bienestar tanto físico como psicológico equilibrado podrá responder de manera adecuada a diferentes momentos que se le presenten cotidianamente. La estabilidad emocional es tan importante como el rendimiento físico de las personas, por ende, es necesario que se preste atención a la salud mental de los individuos, debido a que esto tiene un impacto directo en la forma en cómo piensa, actúa y siente; por ende, se considera que la salud mental es el “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización” (Davini, 1978, p. 42).

Esta definición se acopla al modelo que Houtman y Kompier (1998) han establecido sobre la salud mental, en el cual indican que existen tres factores que influyen en esta, los cuales se detallan a continuación:

- ✓ **Entorno:** demandas psicológicas del puesto de trabajo, posibilidades de control y posibilidades de relación interpersonal, apoyo social.
- ✓ **Salud a mental a corto plazo:** cambio de estado de ánimo y afecto; comportamiento (apatía, comportamiento de resolución activa de problemas, etc.) y respuestas psicológicas.
- ✓ **Trastornos de salud mental a largo plazo:** agotamiento, TETP, depresión mayor, psicosis, trastornos cognitivos y abuso de sustancias psicoactivas.
- ✓ **Características de la persona:** edad, sexo, personalidad y estilos de afrontamiento (Houtman y Kompier, 1998, p. 2).

En este modelo se puede establecer que en la salud mental existen diferentes elementos del entorno y las características del individuo que van a influir en la estabilidad de las personas; esto a su vez dependerá de los estilos de afrontamiento que el individuo tenga para poder asumir una situación de una u otra manera y a su vez esto le puede afectar en su salud mental a corto o a largo plazo.

Melgosa (2017) establece que es posible que cada individuo pueda regular su salud mental mediante la influencia que las personas ejercen sobre sus pensamientos, sus estados de ánimo; al intentar auto preservar la salud mental es posible que una persona tome mejores decisiones y evite el desánimo, la ansiedad, entre otros.

Es necesario que el ser humano se mantenga activo física y socialmente para evitar caer en dolencias psíquicas, para esto deben: 1. Desarrollar actividades continuamente; 2. Relaciones interpersonales y sociales; 3. Cultivo de los pensamientos positivos; 4. Evitar el sentimiento de culpa; 5. Integrarse en la naturaleza; entre otros (Melgosa, 2017).

Finalmente, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha definido a la salud mental como el “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2018, párr. 3). La definición establecida por la OMS (2018), Melgosa (2017), Houtman y Kompier (1998) guardan relación ya que entre estas se establece que la salud mental debe ser un estado de bienestar en donde las personas pueden

sobrellevar situaciones que les generen cambios en su estado psicológico, lo que le permitirá al individuo vivir plenamente.

Ansiedad

A lo largo de nuestra vida el ser humano ha experimentado la ansiedad, la cual viene a ser una emoción que generalmente aparece cuando el individuo va a presenciar un evento, una situación que este considera trascendente; generalmente este tipo de emociones permiten que un individuo permanezca alerta ante diferentes situaciones. “Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes” (Infante Campos, 2008, p. 31).

Entre otros de los autores que han establecido algunos rasgos de la ansiedad son Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), estos investigadores plantean un contraste entre ansiedad y miedo, porque indican que la ansiedad se “destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles” (Sierra y otros, 2003 p. 15).

La ansiedad y el miedo tienen similares formas de concebirse ya que en ambos se experimenta sensaciones de peligro; es por eso por lo que autores como Campbell (1986) y Thyer (1987) indican que estos pueden ser confundidos como sinónimos; aunque Thyer (1987) también indica que se los puede considerar como mecanismos de adaptación y supervivencia del individuo.

Por su parte Vila (1984) indica que al superar los cuadros comunes (intensidad, frecuencia o duración) del estado de ansiedad esto provocará manifestaciones patológicas en las personas tanto psicológica como físicamente; a esto se lo conoce como trastornos de ansiedad, los cuales se “caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real” (Martínez Mallen y López Garza, 2011, p. 101).

Cuando un individuo padece de trastornos de ansiedad estos afectarán a su desarrollo en los diferentes ámbitos de su vida como por ejemplo no se podrá concentrar en su trabajo, en lo académico o a su vez en lo social debido a que los niveles de concentración y actuación no le permitirán tener un nivel de rendimiento óptimo ya que como se conoce que la base neurobiológica de la ansiedad se encuentra en el circuito cerebral del miedo.

La ansiedad no provoca daños en la parte física del individuo, pero a un individuo que la padece le puede llevar a tener una mala calidad de vida. Los trastornos de ansiedad pueden ser de pánico, obsesivo-compulsivo (TOC), estrés postraumático (TEPT), fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (TAG); “Cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009, p. 2).

Es importante que cada individuo cuide su salud mental, esto le permitirá tener una calidad de vida buena y le ayudará a tener un desarrollo óptimo en cada una de las actividades que desarrolle en su cotidianidad.

Depresión

La depresión es un trastorno y un problema de salud pública debido a sus altos niveles de prevalencia, según la Organización Mundial de la Salud (2021) “la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años” (párr. 2).

Para que un individuo padezca de este trastorno no es necesario que tenga una edad específica, de acuerdo con Pacheco Tochoy y Chaskel (2016):

Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia (p. 30).

Además, es necesario considerar también que comúnmente se le atribuye a la depresión como un estado de ánimo (tristeza), pero este trastorno puede afectar a la autovaloración de cada persona, a los pensamientos que a diario tiene, la depresión no solo

es un estado pasajero de tristeza de la persona que puede ser causado porque en el día vivió una situación desagradable. Por tanto, es necesario indicar que “la depresión, en la era actual, puede considerarse el trastorno psíquico más frecuente y que provoca mayor discapacidad en la población general” (Navas Orozco y Vargas Baldares, 2012, p. 21). Algunos de los síntomas que una persona que padece depresión puede experimentar son:

Figura 1

Síntomas de la depresión

Síntomas anímicos	• Disforia, abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad.
Síntomas motivacionales	• Apatía, anhedonia, disminución en la capacidad de disfrute, desalineo personal, falta de toma de decisiones.
Síntomas cognitivos	• Autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima.
Síntomas físicos	• Pérdida de sueño, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, disminución de la actividad y el deseo sexual.
Síntomas interpersonales	• No hay motivación para relacionarse con los demás.

Nota. Información tomada del estudio realizado por Carranza y Renzo (2012, p. 84) en el que se analizó la depresión y las características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana

Cada uno de los autores que se han citado en este apartado indican diferentes efectos que acarrea consigo la depresión, ya que este trastorno puede causar desde la auto depreciación, el no creerse importante, no creerse útil hasta causar la muerte en los individuos; por eso es necesario que este problema de salud sea tratado a tiempo, a su vez “en el momento de realizar la intervención a personas que presentan cuadros depresivos, se debe tomar en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad de los mismos” (Navas Orozco y Vargas Baldares, 2012, p. 25).

Una persona que sufre depresión y está recibiendo un tratamiento está más propensa al suicidio e intentos de suicidio debido a que las personas con depresión tienen un riesgo

superior (30 veces más) al de la población en general; además el 15% de las personas que sufren este trastorno han realizado intentos de suicidio (Gastó y Navarro, 2007).

Estrés

El estrés es una reacción fisiológica que cada individuo adopta con el objetivo de sobrevivir a las diferentes circunstancias que atraviesa a diario. En la cotidianidad es común ver cómo situaciones que ocurren en el trabajo, en las relaciones interpersonales (pareja, grupo de amigos, círculo social), en la universidad, entre otros, pueden llegar a alterar a los individuos ya sea porque en el momento no se encuentra una solución o porque afrontamos una situación ajena a la que hemos estado acostumbrados a vivir; es decir, adoptamos una forma en que nos permita equilibrar entre lo que el individuo piensa y siente.

En este sentido, “el estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual” (McEwen, 2000, p. 173).

Es necesario mencionar que a lo largo de la vida las personas experimentarán el estrés físico y mental de muchas formas ya que existen una gran cantidad de causas que las pueden generar; en este contexto Lomas (2000) indica que las personas en un solo evento pueden presentar situaciones de estrés, esto debido a que existen problemas que han quedado en latencia y el individuo no se ha manifestado sobre estas. Por lo que se establece algunas causas que pueden generar el estrés:

- ✓ **Causas sociales:** las altas densidades poblacionales, las grandes urbes, las distancias entre un lugar y otro; niveles bajos para obtener un empleo o los altos niveles de inseguridad son algunos indicadores que hacen que el individuo pueda experimentar situaciones de estrés a diario (Dorantes y Matus, 2002).
- ✓ **Causas laborales:** la sobrecarga laboral, la desorganización, falta de apoyo de la organización, bajos niveles de comunicación en la empresa, horarios extensos de trabajo o las condiciones precarias en donde el individuo realiza su trabajo son algunas de las causas que pueden ocasionar que el trabajador presente altos niveles de estrés (Buitrago Orjuela y otros, 2021).

- ✓ **Causas biológicas:** cuando existen pacientes con enfermedades crónicas estos suelen adoptar la vida de una manera diferente, además esto hace que las personas sean más vulnerables a sufrir cuadros de estrés; además, se considera que un individuo será más vulnerable de acuerdo con su edad, nivel educativo, la gravedad de la enfermedad u otros factores (Vinaccia, 2003).
- ✓ **Causas químicas y ambientales:** someter a un individuo a altos niveles de ruido, humedad, excesiva o escasos niveles de iluminación puede crear algunos problemas en la salud de los individuos como resequedad de la garganta, fatiga ocular lo que hace que una persona no tenga un estilo de vida que necesita para sentirse bien, por ende, estaría a cada momento viviendo situaciones que le generen estrés, esto también puede interferir en el desempeño del individuo; aunque cabe indicar que cada situación juega un papel fundamental para que genere en la persona estrés (Lisboa y Spadoti, 2004).

Sin duda, las diferentes situaciones que un individuo atraviesa y de acuerdo a cómo perciba dicha situación, el individuo tendrá mayores niveles de estrés; por lo que se puede indicar que “hablar sobre el estrés es muy amplio y complejo dado por las exigencias del estilo de vida que llevamos en la actualidad, por ejemplo, exceso o presión en el trabajo, con la familia, en el estudio y otros que con el tiempo repercuten en nuestra salud” (Ávila, 2014, p. 124). Es necesario que se acuda a ayuda profesional, esto ayudará a sobrellevar la situación que está atravesando y tomar decisiones que le permitan tener una buena calidad de vida.

Burnout

El burnout o más conocido como el Síndrome de Desgaste Profesional es una de las enfermedades reconocidas a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), esta enfermedad fue incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10° revisión. Modificación clínica de la OMS en donde se la codifica y nombra como “Z73.0 Síndrome de burn-out” (OMS, 2020, p. 1484).

El término estrés, un trastorno que ya se ha hecho referencia en los apartados anteriores es un tema que ha sido objeto de diversas revisiones, en donde se establece que en momentos de estrés el ser humano se ve influido por diversos estresores que mantienen al cuerpo en hiperactivación que hacen que el individuo reaccione para poder sobrevivir o luchar en cada situación que no le produzca placer. “Uno de los estresores más comunes, de manera crónica, es el medio laboral. Cuando los mecanismos de adaptación son superados, se presentan distintas alteraciones, una de ellas es el llamado síndrome de burnout” (Lovo, 2021, p. 110).

El burnout, es un síndrome que está presente en las distintas situaciones que se pueden vivir en el ámbito laboral, por ello es habitual encontrar estudios que analizan los niveles de estrés de los trabajadores en distintos tipos de trabajo y áreas; así por ejemplo los estudios realizados por Viloría Marín y Paredes Santiago (2002), en donde analizaron el síndrome de Burnout en los profesores de la Universidad de Los Andes; o el estudio desarrollado por Almeida Freire y otros (2015) que indicó que los altos índices de agotamiento emocional alto por el aumento de horas en el trabajo, sobre todo en las personas que trabajaban más de 40 horas a la semana; estas investigaciones han abordado las causas que genera el burnout en las personas en su ámbito laboral.

Por su parte Chavéz (2016) establece tres dimensiones que van desarrollando el síndrome de agotamiento laboral, estos son:

- ✓ **Agotamiento emocional:** los trabajadores experimentan sensaciones de que ya no pueden ser afectivos.
- ✓ **Despersonalización:** en esta dimensión se desarrollan sentimientos y actitudes negativas en el individuo, en donde éste se muestra como insensible ante diferentes situaciones ante las personas con las que labora; generalmente la persona se muestra cínica, irritable atribuyéndole estas sensaciones a sus propios compañeros.
- ✓ **Falta de realización personal:** esta dimensión se activa cuando el entorno tiene ciertas exigencias para el individuo, pero este siente que no es capaz de cumplir

con lo que se le exige; por ende, la persona se pone en una actitud negativa lo que no le permite cumplir a cabalidad en el trabajo (Chavéz, 2016).

Las dimensiones mencionadas son un indicativo de las situaciones que una persona puede atravesar y que pueden ser causales para la activación de este síndrome; es necesario indicar que existen diferentes factores que ayudan a contrarrestar las causas que lo provocan; Rivera Guerrero y otros (2019) establecen que este síndrome puede: 1. Disminuir por la edad y los años de experiencia profesional; 2. Establecer estrategias del manejo eficaz de situaciones de conflicto; 3. Capacidad para analizar y aceptar problemas en el trabajo.

A su vez, se ha establecido cuatro niveles de afectación del síndrome de burnout, estos se clasifican en:

- **Leve:** quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- **Moderado:** cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- **Grave:** enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- **Extremo:** aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios (Saborío Morales y Hidalgo Murillo, 2015, p. 4).

Es importante que el síndrome de Burnout deba ser tratado a tiempo, evitar que este cause anomalías en los individuos a niveles extremos ya que esto no permitirá que la persona se pueda desempeñar óptimamente en el trabajo ya que la falta de motivación o el agotamiento pueden influir en el nivel del rendimiento del trabajador.

Alteraciones del sueño

El sueño es considerado como una función biológica de vital importancia para los seres humanos debido a que durante esta etapa se producen procesos biológicos importantes para el desarrollo y desenvolvimiento del individuo, por ejemplo, se reestablece la energía, la cual será necesaria para que un individuo sea productivo en sus actividades; así también es necesario para fortalecer el sistema inmunológico, la consolidación de la memoria, entre otros procesos que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Existen personas que al momento de ir a dormir experimentan situaciones que evitan que se pueda conciliar el sueño, por lo que se establece que este puede sufrir de trastornos del sueño, ya que estos “son problemas relacionados con dormir. Estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño. (Medline Plus, 2020)

Existen algunas causas que producen la alteración del sueño, debido a que “un sueño inadecuado por calidad o cantidad puede causar somnolencia, cefalea, dificultades de atención y rendimiento (...), déficits cognitivos y conductuales (depresión, ansiedad), hipertensión arterial, obesidad” (Cruz Navarro, 2022, p. 268); por lo que, autores recomiendan la higiene del sueño como el acostarse y levantarse a la misma hora; 2. Tratar de dormir en ambientes favorables; 3. Evitar dormir entre el día; entre otras acciones que pueden ayudar a resolver el problema.

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Los trastornos de la salud mental han estado presentes a lo largo de la existencia de las personas, cada situación hace que un individuo experimente sensaciones que lo alterarán y le harán salir de su zona de confort. Desde hace no más de dos años los países a nivel mundial han venido experimentando diferentes situaciones que han hecho que se ajusten y sobrelleven las situación con los recursos con los que contaban, en este caso el COVID 19, una enfermedad declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, hizo que las poblaciones del mundo se vayan ajustando a diferentes formas de vida, de trabajo, de relaciones interpersonales lo que ha dado paso a que la economía, la política, la salud de las personas se vea afectada.

Ansiedad

El sentir miedo, inquietud o temor frente a una situación es común; debido a que la persona utiliza estas sensaciones como mecanismos de defensa para poder mantener el equilibrio; aunque hay situaciones que generan en el individuo una incertidumbre porque se plantean interrogantes como: ¿qué pasará? ¿cómo debo actuar?

Aunque la crisis provocada por la COVID 19 es, en primer lugar, una crisis de salud física contiene también el germen de una importante crisis de salud mental que estallará si no se toman medidas. (...) La angustia psicológica está extendida entre la población (Naciones Unidas, 2020, p. 3).

La crisis por COVID 19 ha generado incertidumbre porque nadie ha querido infectarse, a su vez las personas se han tenido que alejar de sus familiares, este caso fue un claro ejemplo del personal sanitario quienes han tenido que cumplir largas horas en su jornada laboral ya que al ser considerados como “personal de primera línea” debían atender a las personas que a diario llegaban contagiadas por el virus a los hospitales.

De acuerdo a la investigación realizada por Miranda Pedroso y Murguía Izquierdo (2021) se indica que “el principal síntoma relacionado con la depresión fue el cansancio que afectó al 59,02% de los participantes” (p. 3) seguido del nerviosismo (54%) que tuvieron los participantes del estudio.

El estudio desarrollado a médicos generales de Colombia presenta resultados que muestran que “más del 70% de los evaluados manifestaron miedo de padecer COVID 19, ser fuente de contagio para sus familias, ser portadores asintomáticos e incluso morir. En la misma proporción se identificaron los síntomas de ansiedad, estrés laboral y las manifestaciones psicósomáticas” (Monterrosa-Castro y otros, 2020, p. 209).

La constante preocupación ha hecho que en defensa del malestar emocional que ha ocasionado el COVID 19 y que han tenido que vivir los trabajadores de la salud haya la presencia de las somatizaciones, es decir convertir el dolor emocional en dolor físico para desviar la atención de quienes la padecen (Monterrosa-Castro y otros, 2020). Además, se debe considerar que entre las secuelas del coronavirus, también se puede identificar que “el impacto sobre la salud mental y la cognición es notable, y al menos un 30% puede tener síntomas de ansiedad y/o depresión tras la recuperación de la fase aguda” (Carod-Artal, 2021, p. 384).

Es necesario considerar que el personal de la salud necesita generar estrategias de autocuidado para disminuir los efectos negativos en la salud mental; López Izurieta (2021)

indica que cada persona se debe: 1. Apoyar en las necesidades de los trabajadores de la salud. 2. Gestionar las experiencias negativas y ser resilientes; 3. Brindar apoyo psicológico para detener los ciclos negativos de pensamientos; entre otras acciones que permiten que el personal sanitario pueda tener una adecuada salud y bienestar mental.

Depresión

Otros de los problemas que afectó de manera evidente la pandemia por COVID 19 fue la depresión que sufrieron y sufren las personas que trabajan en el sector de la salud debido a los diferentes episodios vividos a causa de la presencia del virus en el mundo. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (2022) indica que “entre 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras que entre un 5 y 15% del personal dijo que pensó en suicidarse”.

Frente a la emergencia sanitaria a causa del COVID-19, el personal de salud presenta mayor afección psicológica, reportando síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, miedo a contagiarse, frustración, desesperanza y preocupación, a causa de las largas jornadas de trabajo, horarios irregulares, escasas de prendas de protección, el colapso de los hospitales, todo esto repercutiendo en su calidad de vida, desempeño laboral y en su capacidad de captación, dificultando la lucha contra este virus (Peñafiel-León y otros, 2021, p. 202).

En los estudios citados se identifican las principales causas generadoras de problemas en la salud mental y que médicos, enfermeras (os), auxiliares han sufrido tienen relación con el miedo al contagio de cada persona y los familiares que se encuentran a su alrededor, considerando además que estos profesionales han tenido que soportar jornadas extensas, falta de materiales médicos y sin olvidar también que han vivido episodios en donde amigos o colegas de trabajo han fallecido a causa del COVID 19.

Uno de los resultados que también se abordan en los estudios realizados por Peñafiel-León y otros (2021) es que “al analizar las relaciones entre la edad, ansiedad estado/rasgo, depresión estado/rasgo, Miedo al COVID-19, Malestar Psicológico, Resiliencia y

Afrontamiento, los resultados obtenidos demostraron que a menor edad menor es (...) la depresión como rasgo” (p. 207).

Por otro, mediante la escala de Zung, el estudio abordado por Espinoza-Ascurra y otros (2022) indicó que la prevalencia de la depresión fue del 8,8% del personal de salud que atendían a pacientes que tenían sospecha o se había confirmado que padecía de COVID 19 y los niveles de depresión se disminuían al 5,3% entre el personal que atendía a otros pacientes (sin síntomas ni cuadros de COVID 19); a su vez esta investigación también identificó la prevalencia de la depresión asociándola a las profesiones, y así determinó que para los enfermeros el nivel de depresión era del 1,4% mientras que para los médicos fue del 3,6%.

Por otro lado, Onofre Santiago y otros (2021) a través de su investigación que se enfoca en estudiar la “ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19” ha establecido que las personas que trabajan en enfermería son las que sufren altos niveles de ansiedad (15.8%) debido que estos profesionales son los que comparten mayor tiempo con las personas que ingresan a las casas de salud.

Estrés

El estrés ha estado y está presente en todas las personas, en algunos casos en un nivel inicial (utilizado como mecanismo de defensa para sobrellevar el día a día); mientras que para otros por las situaciones en las que han estado expuestos, estos niveles de estrés han aumentado; es así el caso de los trabajadores de la salud, quienes al afrontar en primera línea la pandemia por COVID 19 han desarrollado niveles altos de estrés.

La enfermedad por SARS-Cov-2 (COVID-19) implica retos específicos para los trabajadores de la salud que predisponen a un mayor monto de estrés. Su alto contagio ha generado numerosos reportes de la enfermedad e, incluso, la muerte del personal en distintas partes del mundo, lo que genera un temor real en la atención a los pacientes, muchos de ellos sin diagnóstico al primer contacto (Muñoz-Fernández y otros, 2020, p. 128).

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) brindó algunas recomendaciones en torno a la forma de respuesta que un trabajador del área de la salud puede tener por afrontar situaciones de cuidado a personas con COVID 19, tales como:

1. Recurrir en busca de ayuda de colegas;
 2. Procurar tener contacto con familiares y amigos;
 3. Cuidar la alimentación;
 4. Practicar ejercicios, entre otros.
- Es necesario indicar que:

La exposición al riesgo, la incertidumbre, el estrés, que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como la COVID 19, exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a autocuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes (Quijije y otros, 2020, p. 100).

Cada individuo debe prestar atención a las actividades y situaciones que pueden actuar como estresores, a su vez como lo indicaban Quijije y otros, (2020) así como la Organización Panamericana de la Salud (2020), es necesario que el autocuidado sea vital ya que esto permitirá que la calidad de vida mejore y le permita afrontar diversas situaciones a las que a diario se enfrenta, en este caso sobrellevar las situaciones que se vivían y viven a diario por la pandemia de COVID 19.

Burnout

La pandemia por COVID 19 ha sido un reto para la población mundial tanto en la economía como en la salud pública y a su vez la salud mental, en estos tiempos ha existido un grupo potencial al que se le ha brindado atención por los efectos en la salud mental que pueden causar en estos, como es el caso del personal de la salud, uno de los efectos que se ha visto que ha prevalecido en el personal es el síndrome de burnout. Cabe indicar que “desde antes de la pandemia por la enfermedad COVID 19, era bien sabido que los profesionales de la salud están comúnmente expuestos a diversos estresores psicosociales por sus tareas cotidianas” (Juárez García, 2020, p. 433); los estresores en el personal de la salud se agudizaron a medida que la pandemia fue irrumpiendo en los diferentes países a nivel mundial. Un estudio realizado sobre el síndrome de burnout (SB) a médicos ecuatorianos durante la pandemia por COVID 19 indicó que:

Durante la pandemia de COVID-19 los profesionales de salud ecuatorianos estuvieron expuestos a altos niveles de estrés en el ámbito laboral, lo que produjo que un gran porcentaje de ellos (cerca del 95%) sufriera SB severo y moderado. El SB afecta con mayor frecuencia al personal médico con respecto al personal de enfermería, a los más jóvenes y a mujeres (Vinuesa Veloz, y otros, 2021, p. 12).

Entre los estresores que más prevalecieron para que el síndrome de Burnout esté latente en los trabajadores de la salud fueron: 1. Falta de equipo para el personal; 2. Miedo al contagio y 3. Miedo a contagiar a los familiares, debido a que pasaban extensas jornadas laborales atendiendo a pacientes infectados con el virus (Juárez García, 2020).

Otro estudio realizado indica que las mujeres son más propensas a sufrir el síndrome de Burnout, es así que, en el estudio desarrollado por Valencia González y otros (2021) en donde se busca identificar el padecimiento del síndrome de Burnout en el personal que brinda atención a pacientes con COVID 19; se establece que:

Las mujeres presentan mayor afectación por indicios del síndrome, ya que su relación es alta despersonalización con un 40,0%, alto agotamiento 10,0% y baja realización con un 10,0% frente a los hombres con 17,5% - 5,0% - 2,5%. Estos datos indican una fuerte tendencia hacia la afectación mayoritaria del síndrome sobre las mujeres (p. 153).

Los estudios que se han abordado indican cómo el personal de salud ha padecido el síndrome de Burnout, en este sentido en un estudio realizado a 101 trabajadores de la salud se identificó que “al analizar la presencia de Síndrome de Burnout en los trabajadores se obtuvo que en el 35,64% se confirmó la presencia presencia del síndrome; en el restante 64,36% de los trabajadores no se identificó la presencia del síndrome” (Valdivieso Maggi y otros, 2021, p. 97).

La presencia de la pandemia por COVID 19 fue un factor que desarrolló y agudizó el síndrome de Burnout en el personal de salud, esto debido a que las personas que trabajan en el ámbito de la salud han experimentado niveles de agotamiento físico y emocional por las circunstancias y formas de vida a las que estos se fueron adaptando.

Alteraciones del sueño

La pandemia por COVID 19 trajo consigo cambios en las formas de vida y relación de las personas, lo que ha hecho que estas se vayan adaptando a las diferentes circunstancias. A su vez, el encierro, las cuarentenas, el separarse de los seres queridos ha influido en que el cuerpo humano sufra alteraciones en la forma en cómo habitualmente se desarrollaba, es así por ejemplo en un estudio realizado a alrededor de 2182 trabajadores sanitarios los cuales fueron evaluados con el ISI (Índice de Severidad del Insomnio) indicó que los médicos (38,4%) fueron los que mostraron mayor prevalencia de insomnio (Ramírez-Ortiz y otros, 2020).

En otro de los estudios realizados a personal de salud de Quero (Ecuador) para medir la calidad del sueño se utilizó el Índice de Severidad del Insomnio, en donde los resultados que indicaron que “en la distribución del personal de salud según la calidad del sueño se evidencia 27 miembros del personal de salud (39,7%) presentaron insomnio por debajo del umbral, 12 (17,7%) insomnio clínico de gravedad moderada y 2 (2,9%) insomnio clínico grave” (Vaca y Mayorga, 2021, p. 22).

Las consecuencias que pueden afrontar los individuos al exponerse a diferentes situaciones que les puedan causar estrés se ven reflejadas en las sensaciones y la calidad de vida que un individuo tenga; por lo que es necesario que cada persona pueda realizar un autoanálisis que le permita generar soluciones y así evitar problemas en su salud a futuro.

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

Los constantes cambios en las sociedades han hecho que las personas cada vez se enfrenten a problemas tanto físicos como de salud mental debido a que los individuos se han sometido a cambios en los estilos de vida a los que habitualmente estaban acoplados. Es necesario indicar que, “la salud mental se basa mucho más que a la ausencia de trastornos mentales, es la capacidad de adaptarse al contexto, de manera que la persona como tal se sienta bien consigo mismo, a pesar de las circunstancias ambientales, sociales o económicas” (López Malacatus y otros, 202, p. 80211).

1.3.1 Inflexibilidad psicológica

Cada ser humano tiene diferentes maneras de afrontar cada situación a las que se ve sometido, es decir, el individuo no está dispuesto a permanecer en contacto con eventos internos, ya que el individuo no está dispuesto a “ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (...) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (Pérez Rodríguez y García Babiano, 2019, p. 22).

Por su parte, Hayes y otros (1996) definieron a la evitación experiencial o la inflexibilidad psicológica como “el fenómeno que ocurre cuando una persona se muestra renuente a mantenerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej., sensaciones corporales, emociones) y realizan acciones para alterar la forma de estos eventos y los contextos que lo ocasionan” (p. 1154); esta variable psicosocial puede presentar alteraciones emocionales como la depresión, el estrés, entre otros (Hayes y otros, 2011).

En este contexto, en el estudio no experimental de Valiente-Barroso y otros (2020) en donde participaron 1019 personas entre hombres y mujeres de las cuales 124 pertenecían al ámbito de la salud; se obtuvo como resultados que el 41% de los participantes presentan un pronunciado miedo a la pandemia; se muestra un dato relevante que indicaba que los profesionales de la salud presentaban menor miedo a diferencia de los demás participantes.

Aunque no se evidencian diferencias entre los grupos en la situación personal percibida, sí que es importante señalar que todos los participantes manifiestan una mayor preocupación por ellos mismos, en la línea de estudios previos que concluyen que, ante este tipo de pandemias, se incrementan los niveles de preocupación, la agitación emocional y el estrés tanto en los profesionales sanitarios como en la población en general (Valiente-Barroso y otros, 2020, p. 155).

En este contexto, Santamaría- Galeano (2020) establece que, aunque es poco probable que cada individuo pueda seleccionar cuales son las emociones, pensamientos o sensaciones que vaya a tener, pero sí es necesario que una persona esté dispuesta a ponerse en contacto con ciertas experiencias privadas para realizar acciones que busquen la calidad de vida del individuo.

1.3.2 Soledad y apoyo social

Los seres humanos tienen necesidades que buscan ser satisfechas, entre estas están el contacto físico, la intimidad, el formar parte de otros grupos, es así como las relaciones interpersonales son una parte fundamental desde los inicios de vida de una persona (Cruz-Vargas y otros, 2020).

Existen “diversas formas de vinculación que influyen en el estado de salud y el bienestar de los individuos (...) ya sea positivamente a través de la satisfacción de ciertos aspectos emocionales, lo que favorece la sensación de acompañamiento, cercanía, superación personal y plenitud” (Cruz-Vargas y otros, 2020, p. 232). En este sentido, también se considera que las relaciones sociales pueden verse como un recurso que permita la promoción del bienestar y salud de las personas.

La soledad en la pandemia fue una de las circunstancias más notorias durante la pandemia, en todos los contextos se pudo evidenciar que el aislamiento causó varios problemas que afectaron a la salud, debido a que “los cambios repentinos en el estilo de vida de la población fruto de esta emergencia sanitaria, ha contribuido al desarrollo de problemas intra e interpersonales como la ansiedad, estrés, miedo, depresión e incluso el pánico” (Bermejo-Cayamcela y otros, 2021, p. 154).

Por su parte, Danet Danet (2021) a través de su estudio buscó conocer el impacto psicológico de la COVID 19 en profesionales sanitarios, y entre los resultados que se pudieron evidenciar fue que el personal sanitario ha vivenciado alteraciones en el sueño, estrés, así como la sensación de soledad, por ejemplo:

El 54% sufrieron estrés, el 48% depresión, el 30% ansiedad y el 75% alteraciones del sueño. Las principales fuentes de estrés fueron: contagio de seres queridos (el 74%), falta de control (el 71%) y falta de tests y equipos de protección (el 68%). El personal de enfermería, comparado con el personal médico, sufrió más estrés (el 64% frente al 40%), depresión (el 53% frente al 38%) y ansiedad (el 40% frente al 15%), tuvo menos horas de sueño ($5,62 \pm 0,06$ horas/día frente a $6,24 \pm 0,10$) y más sensación de soledad (p. 453).

La soledad es una sensación que agobia a los individuos, la pandemia por COVID 19 ha generado este tipo de sensaciones ya que gran parte de las poblaciones en los inicios tuvieron que optar por el aislamiento y evitar el contacto con otras personas, esto causó que los individuos presenten problemas en su salud mental. El caso del personal de la salud no está exento de esto, debido a que estos son quienes permanecen en primera línea trabajando por el bienestar de los individuos, esto ha llevado a que, por las largas horas de la jornada de trabajo, no ver a sus familiares por el miedo al contagio, entre otras situaciones ha hecho que el personal sanitario también se vea afectado por la soledad ya que estos apoyan a las personas en casos de problemas sanitarios, como lo fue el COVID 19.

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

El miedo, la incertidumbre, así como las restricciones que en cada país se han ido tomando en torno a evitar la propagación del COVID 19 han hecho reajustes en las formas de convivencia de los individuos en las sociedades. En este sentido, es necesario indicar que,

Las medidas de salud pública, como el distanciamiento social, han causado que las personas se sientan aisladas y en soledad y es posible que aumente el estrés, la ansiedad y su miedo ante los brotes de enfermedades. Este miedo, trae consigo otros efectos como la discriminación (...) como resultado de la propagación de COVID 19, el Reino Unido y USA han reportado informes de violencia y actos de odio hacia personas de ascendencia asiática (Valero Cedeño y otros, 2020, p. 64)

La desinformación hizo que las poblaciones actúen de una u otra forma ya que la situación que se ha vivido pudo haber resultado estresante porque la preocupación es un proceso cognitivo que se genera en base a las circunstancias que vive un individuo.

Valero Cedeño y otros (2020) al igual que Villalba y Romero Aguilar (2012) proponen estrategias para el afrontamiento entre las que se encuentran: 1. Realizar actividad física y 2. La conexión social; esto ayudaría a que en el contexto en el que se encuentran permitirá que las personas se mantengan activas y en constante interrelación. Una de las estrategias adoptadas y que se permitió generar gracias a las tecnologías de la información fueron las

llamadas a través de plataformas como Zoom, Google Meet, WhatsApp; entre otras herramientas que permitieron la conexión virtual entre los diferentes círculos sociales.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) a su vez brindó algunas estrategias que permitan afrontar la pandemia a los países, si bien es cierto algunas de estas estrategias ya se han aplicado en los países y han permitido paliar la enfermedad por COVID 19, tales como: 1. Controlar los casos esporádicos; 2. Controlar la transmisión esporádica; 3. Reducir los índices de mortalidad mediante la atención clínica. En este sentido la OMS (2020) indica en su informe que la población a nivel mundial cumple un rol fundamental ya que la autoprotección es una de las formas que evitan la propagación masiva por el virus.

Jarego y otros (2021) en su estudio realizado a 430 individuos indicaron que entre las estrategias para afrontar la pandemia están la actitud positiva y resolución de problemas, además consideraron que es necesario que los profesionales de la salud establezcan acciones dirigidas mediante programas de intervención psicosocial dirigidos a las poblaciones más vulnerables.

Lábadi y otros (2022) indican que las estrategias que permiten que los individuos tengan mejor calidad de vida frente a la pandemia por COVID 19 son las que los individuos realizaron y que buscaron la reorientación positiva debido a la situación en la que se encontraban, esto se determinó mediante el estudio realizado a 589 personas. La resiliencia y el mantenimiento de las relaciones habituales son estrategias que pueden evitar que las personas sufran problemas en la salud mental, así como mejoren su calidad de vida.

1.3.4 Retos y desafíos de la COVID 19 en profesionales de la salud

Aunque las medidas de protección se hayan relajado en gran parte de los países a nivel mundial, e incluso en Ecuador, las medidas cada vez son menos estrictas, como, por ejemplo: el uso de la mascarilla ya no es obligatorio en espacios al aire libre, aún el virus causa estragos en las poblaciones, por ejemplo, en el boletín de abril de 2022 del Observatorio Social del Ecuador, se establece que:

Al cerrar el mes de abril, Ecuador registra el número más bajo de hospitalizaciones desde el brote iniciado en las provincias de Los Ríos y Guayas en febrero de 2020. El promedio de casos diarios es alrededor de 200, frente a los casi 9,200 diarios registrados a finales de enero (Observatorio Social del Ecuador, 2022).

El sector de la salud y las poblaciones a nivel nacional y mundial han asumido diferentes desafíos en torno a la pandemia por COVID 19. Por ejemplo, en el estudio realizado por Bermejo-Cayamcela y otros (2021) se establecen algunos desafíos como trabajadores de la salud, los cuales se asocian a lo que Brooks y otros (2020), es decir, que los trabajadores sanitarios experimentan es el estrés postraumático, angustia que parte desde la pérdida de un ser querido o un familiar, o su vez el temor que se asocia al contagio. Uno de los entrevistados mencionaba durante el estudio que si bien es cierto la profesión en la salud es indispensable para combatir la enfermedad durante la pandemia el trabajar en el área de COVID provoca una situación agridulce porque si bien es cierto se está ayudando a otros pacientes a cuidar su salud, pero, por otro lado, existen sensaciones la soledad, el miedo al contagio o el aislamiento que se viven a diario.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

Objetivo general

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia Loja en los cantones Celica, Pindal y Puyango durante el año 2022-2023.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra de los trabajadores sanitarios de los cantones Celica, Pindal y Puyango de la provincia de Loja.
2. Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra objeto de estudio.
3. Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.
4. Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra seleccionada.
5. Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante.

2.2 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra de los trabajadores sanitarios de los cantones Celica, Pindal y Puyango de la provincia de Loja?
2. ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra objeto de estudio?
3. ¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación con el estrés, ansiedad y depresión?

4. ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra seleccionada?
5. ¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

2.3 Diseño de investigación

Cada trabajo de investigación ha sido diseñado para responder a una serie de objetivos; la presente investigación está caracterizada por ser no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y cuantitativa. Cada una de estas características se explicará en los siguientes párrafos:

No experimental: la investigación cumple con esta característica debido a que este se basa en categorías, sucesos de eventos que han ocurrido y no han tenido una intervención directa del investigador, es decir, “en estos diseños no se manipulan las variables, los fenómenos se observan de manera natural, para posteriormente analizarlos” (Arispe Albuquerque y otros, 2020, p. 69).

Además, es necesario indicar que existen diferentes variables en la investigación que no pueden ser manipuladas ya sea por la complejidad que presentan o por cuestiones éticas (Mertens, 2010). Por tanto, este tipo de investigación se apega a cómo está estructurada la investigación ya que no existirá una manipulación de variables sino más bien se aplicará un cuestionario para posterior a ello analizar los resultados obtenidos.

Transversal: dentro de la investigación se evidencia que es de tipo transversal porque la recolección de los datos se desarrolló en un único momento, es decir, entre los meses de mayo a julio de 2022; esto se diferencia de los estudios longitudinales que guardan relación con el seguimiento que se debe realizar a la muestra de estudio en el tiempo. Este tipo de investigación se define “a partir de la ausencia de intervención del investigador en el desenlace que desea evaluar” (Cvetkovic-Vega y otros, 2021, p. 180).

Además, es necesario indicar que este tipo de estudios se utilizan para determinar cuánto prevalece una condición en una muestra previamente seleccionada, además, estos estudios pueden evaluar cómo dos o más variables se asocian.

Exploratoria: la investigación que se ha desarrollado es exploratoria porque esta ha sido “aplicada en fenómenos que no se han investigado previamente y se tiene el interés de examinar sus características (...) se aplican procesos de análisis de datos (...) se puede identificar la frecuencia en la cual se presenta el fenómeno de interés y sus características generales” (Ramos Galarza, 2020, p. 2).

Por tanto, la investigación exploratoria permite que se pueda analizar un problema que surge en las sociedades y que ha sido poco estudiado, además estos “estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular” (Hernández Sampieri y otros, 2014, p. 91) como es el caso de la identificación del estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia por COVID 19.

Descriptiva: este tipo de investigación se ajusta al estudio debido a que las investigaciones descriptivas tienen “como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (Guevara Alban y otros, 2020, p. 164).

En este sentido, una vez explorado el objeto de estudio se busca describir su comportamiento a través de la recolección y medición de datos de cada una de las variables de estudio.

Cuantitativa: el desarrollo del trabajo de investigación tiene como característica el ser cuantitativo debido a que se viene desarrollando como un “proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo determinados pasos” (Monje Álvarez, 2011, p. 19), entre estos pasos se encuentran: 1. Fase conceptual, 2. Fase de planeación y diseño; 3. Fase empírica; 4. Fase analítica y la 5. Fase de difusión.

En este tenor, Del Canto y Silva Silva (2013) han establecido algunas características de la investigación cuantitativa, quienes indican que esta se basa en la “comprensión

explicativa y predicativa de la realidad. Concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista de la realidad. Abordaje de la realidad con un método confiable, mensurable y comprobable. Se parte de un concepto de la realidad establecido a priori” (p. 29). Es decir, este tipo de investigación se basa en la medición mediante el planteamiento de un plan de investigación para el desarrollo de la investigación.

2.3.1 Población y muestra

La población y muestra seleccionada fue tomada de tres cantones de la provincia de Loja, ubicada al sur del Ecuador; la provincia de Loja está conformada por alrededor de 448.96 mil habitantes según el censo oficial realizado en el país en el año 2010, estos datos corresponden al sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Los cantones de la provincia de Loja en donde se seleccionó la muestra a estudiar son: Celica (14.468 habitantes), Pindal (8.645 habitantes) y Puyango (15.513 habitantes)

En Puyango existen 2 centros de salud y 3 puestos de salud ubicados en El Arenal, Vicentino, Ciano, El Limo (Mariano de Jesús) y Mercadillo; en el caso de Celica, existen dos centros de salud y 2 puestos de salud los cuales están ubicados en 1. Algarrotillo, 2. Sabanilla, 3. San Juan de Pozul y 4. Cruzpamba. Finalmente, otro de los cantos en donde se tomó la muestra es Pindal, en donde existen 2 puestos de salud y un centro de salud, los cuales están ubicados en: 1. Chaquinal, Milagros y 3. Doce de Diciembre, respectivamente.

Existen diferentes formas de extraer la muestra de una población específica, en este sentido, para la selección de la muestra del conjunto de trabajadores sanitarios, se aplicaron criterios de exclusión e inclusión que se detallan en el apartado 2.4

2.4 Criterios de inclusión / exclusión

En la investigación se han determinado diferentes criterios de inclusión y exclusión de las muestras a investigar, entre estos se encuentran:

Criterios de inclusión

- ✓ Encontrarse en situación laboral activa.
- ✓ Firmar el consentimiento informado (apéndice B Consentimiento informado).
- ✓ Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.

- ✓ Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).
- ✓ Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.

Criterios de exclusión

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

2.5 Instrumentos de recogida de información

Cuestionario ad hoc sociodemográfico: como su nombre lo indica, este cuestionario no estandarizado tiene como objetivo el recolectar información referente al “sexo, edad, estado civil, etnia, hijos, experiencia, ingresos mensuales, etc.” (Ramírez y Ontaneda, 2019, p. 78); además de los mencionados por los autores se pueden recabar datos a través de este cuestionario relacionados con el título, la profesión, tipo de institución, tipo de trabajo, número de horas que el individuo labora diariamente, si la institución cuenta con los recursos que su personal necesita, entre otros aspectos referentes a la profesión y el ámbito socio demográfico.

Además, como se abordó en el apartado 2.4, este cuestionario es útil para contemplar los criterios de inclusión y exclusión de la muestra definidos en la investigación.

Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS): el síndrome de burnout está presente dentro del contexto laboral, el cual está asociado a diferentes síntomas tales como: la despersonalización, el cansancio emocional, reducción de la eficacia laboral, entre otras situaciones. Este síndrome forma parte del estudio y se ha utilizado el inventario de estrés laboral crónico (MBI-HSS), que es un instrumento que sirve para medir y detectar los niveles de estrés crónico laboral en los trabajadores.

El MBI-HSS es un instrumento que tiene 22 ítems y se “divide en tres subescalas las cuales miden tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emotional exhaustion) con 9 ítems, despersonalización (Depersonalization) con 5 ítems y

realización personal en el trabajo (Personal accomplishment) con 8 ítems” (Olivares-Faúndez y otros, 2014, p. 147).

Al momento de que el encuestado emita sus respuestas encontrará en las opciones la escala de Likert y que tienen puntuaciones de 0 a 6, es así como si el individuo participante contesta 0 este indicará que la situación presentada nunca ha sucedido mientras que si contesta 6 indica que dicha situación sucede todos los días.

Además, para analizar la confiabilidad se utilizó el Alfa de Cronbach que se encuentra entre 0.84 a 0.89 (Maslach y Jackson, 1986); cabe indicar, que el Alfa de Cronbach es un parámetro estadístico utilizado para medir la fiabilidad de consistencia interna, es decir el grado en que las respuestas son consistentes (Maese Núñez y otros, 2016).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21): este tipo de escalas “fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores” (Román y otros, 2016, p. 2327). Es así como luego de varios estudios desarrollados en donde se evaluaba la depresión y la ansiedad, surgió el tercer factor que esta escala evalúa que es el estrés, aquí se incluyen algunos síntomas como la tensión nerviosa y la agitación (Lovibond y Lovibond, 1995).

Esta escala está conformada por ítems que tienen una estructura tipo likert y sus rangos de respuestas corresponden entre 0 y 3 en el que se puede indicar las siguientes valoraciones: 0=nada aplicable en mí; 1 = aplicable a mí en algún grado; 2 = aplicable en mí en alto grado, y 3 = muy aplicable en mí. Los ítems que componen el DASS - 21 presentaron un alfa de 0.91 (Antúñez y Vinet, 2012).

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7: este instrumento permite medir el patrón de la inflexibilidad psicológica en lo participantes; el cual es un estándar “rígido de comportamiento en el que la persona orienta sus acciones sobre la base de las experiencias privadas momentáneas en lugar de los valores elegidos libremente” (Bond y otros, 2011, p. 678).

Este cuestionario está conformado por ítems que evalúan la falta de voluntad que tiene el individuo para experimentar emociones y pensamientos no deseados, a su vez mide la falta de capacidad de la persona de no estar en el presente y tener comportamientos que van acorde a la experimentación de momentos no deseados.

El cuestionario está conformado por siete ítems, de los cuales los ítems 2 y 3 evalúan el nivel de inflexibilidad psicológica ante determinados pensamientos; el ítem 6 evalúa los miedos, los ítems 4 y 5 establecen pautas de tratamiento y el ítem 1 establece situaciones de tratamientos antes el problema a evaluar; además este cuestionario tiene una escala tipo Likert en donde 1= nunca es verdad y 5= siempre es verdad (Delgado Domínguez y otros, 2020). Asimismo, se utiliza el coeficiente Alfa de Cronbach que como ya se había establecido en párrafos anteriores, este es un parámetro utilizado para medir la fiabilidad, el coeficiente de este instrumento utilizado se encuentra entre el 0.93 al 0.95 (Ortega-Jiménez y otros, 2021).

Escala de Soledad (UCLA-3): las alteraciones sociales y el sentir habitualmente marginación social se asocian con frecuencia a la soledad o aislamiento social que un individuo puede experimentar. Son "factores diversos pueden estar asociados con la soledad: carencia de habilidades sociales, deterioro en habilidades o pérdida de motivación como consecuencia de trastornos psicopatológicos, experiencias aversivas u otras estrictamente sociales (desarraigo, marginación)" (Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda, 1994, p. 46).

Por tanto, en este estudio se utiliza la Escala de Soledad (UCLA-3) la cual evalúa el aislamiento social desde factores como: 1. Sociabilidad y 2. Intimidad con otros (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia, 2016); los ítems utilizan una escala tipo de Likert que está conformado por respuestas con un rango entre 1 y 4, en donde 1 = frecuentemente y 4 = nunca. Asimismo, se puede determinar que el coeficiente de alfa que se obtuvo para esta escala que está validada al español es de 0.944 (Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda, 1994).

Índice de calidad de sueño (PSQI): la calidad del sueño que tiene una persona influirá directamente en la forma en cómo esta se desenvuelva a diario, por ende, es necesario que una persona pueda tener una calidad del sueño que le brinde la energía necesaria para su desempeño. El índice de calidad del sueño (PSQI) “proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos” (p. 492); entre las 7 dimensiones que agrupan este índice se encuentran: 1. Duración del sueño; 2. Latencia del sueño; 3. Calidad del sueño subjetiva; 4. Disfunción diurna; 5 uso de medicación; 6. Perturbaciones del sueño y 7. Eficiencia habitual del sueño.

Así también, para contestar a las preguntas se utiliza una escala tipo Likert que tiene valoraciones entre 0 y 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. Al igual que en los otros índices, para medir la fiabilidad se ha tomado del estudio de Araujo y otros (2015), el coeficiente de consistencia interna de Cronbach el cual es igual a 0.72.

Es necesario indicar que los instrumentos tales como: el cuestionario ad hoc sociodemográfico, 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) se encuentran disponibles en el apéndice A.

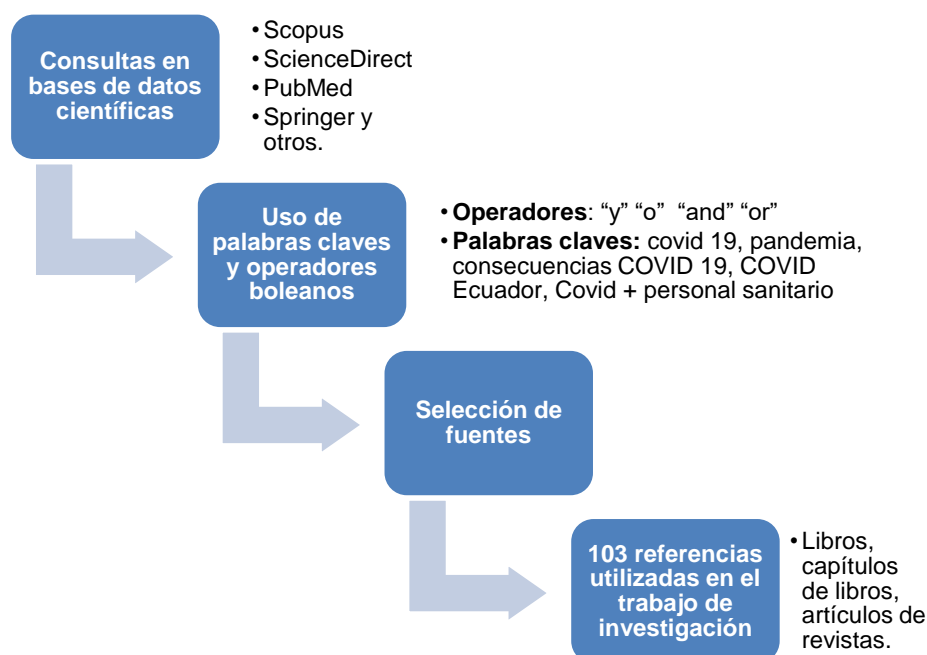
2.6 Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se han realizado una serie de actividades que han permitido cumplir con los objetivos propuestos en el estudio, para ello se detallará de manera sintética el proceso realizado:

Revisión de la literatura para redacción del marco teórico: al momento de comenzar con la elaboración / desarrollo del marco teórico se inició con una revisión teórica del tema objeto de estudio y que tiene como objetivo general “Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en los sectores centro y sur de la provincia Loja en los cantones Celica, Pindal y Puyango durante el año 2022-2023”. El proceso desarrollado fue el siguiente:

Figura 2

Revisión de la literatura para la elaboración del marco teórico



Realizar la revisión de la literatura fue un proceso exhaustivo que permitió identificar y conocer a profundidad el tema de investigación, para ello se ha utilizado diferentes bases de datos científicas que se encuentran en la web, entre ellas: ScienceDirect, Scopus, PubMed, entre otras bases que facilitaron el conocer sobre el objeto de estudio.

En un proceso de investigación para facilitar la búsqueda del tema de estudio en cuestión que se pueda simplificar la búsqueda a través de la adecuada selección de palabras claves, las cuales permiten encontrar información relacionada a la búsqueda, entre las palabras claves que se seleccionaron estuvieron: COVID 19, pandemia, consecuencias COVID 19, COVID Ecuador, Covid-19 y personal sanitario entre otras. Cabe indicar, que la búsqueda se realizó en los idiomas español e inglés.

En el proceso de selección de fuentes y la escritura del marco teórico se utilizó un total de 103 fuentes que corresponden a libros, capítulos de libros, artículos de revistas y otros documentos disponibles en las bases de datos.

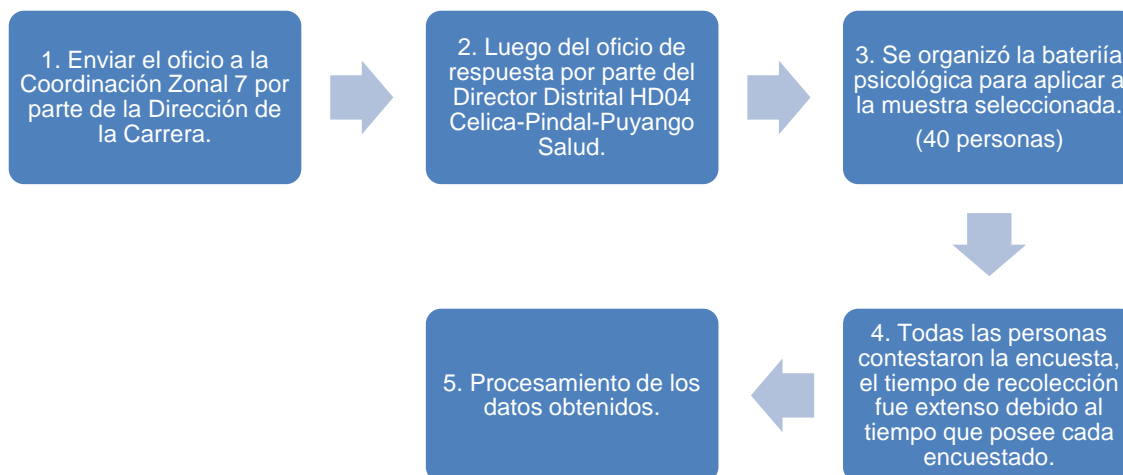
Diseño de investigación y muestra: la investigación desarrollada posee características tales como: No experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y

Cuantitativa, cada una de estas características se explican en el apartado 2.3 de la investigación, a su vez la selección de la muestra se detalla en el apartado 2.4 de este estudio.

Recogida de información: para la recolección de la información, se desarrollaron varios pasos que han permitido obtener la información de una muestra y así poder comenzar con la indagación, entre los pasos para la recogida de la información están:

Figura 3

Recolección de información de la muestra seleccionada



- ✓ **Consentimiento informado de participantes:** se utilizó previo a la aplicación de la encuesta a la muestra seleccionada. Este documento se lo puede visualizar y encontrar como Apéndice N° B.
- ✓ **Método de aplicación y recolección de datos:** previo a la aplicación del instrumento de evaluación desde la Dirección de la Carrera de Psicología UTPL se emitió un oficio a la Coordinación Zonal 7 para solicitar la recolección de datos; luego de la autorización firmada por el Director Distrital HD04 Celica-Pindal-Puyango Salud, se procedió a la aplicación de la encuesta en los centros de salud de Alamor y Pindal y las casas de salud de Puzul, Chaquinal y El Limo, estos

instrumentos fueron aplicados a médicos y enfermeros de los lugares antes mencionados.

Análisis de base de datos: en el procesamiento de la información es necesario realizar una depuración de la base de datos obtenida, además el análisis de los datos se los llevará a cabo mediante el software de Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Por el diseño de investigación establecido, se realiza un análisis descriptivo de la muestra seleccionada mediante la media y desviación típica aplicadas a las variables cuantitativas, además se utilizará frecuencias y porcentajes para las variables nominales.

Capítulo tres

Resultados y Discusión

3.1 Análisis de resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	12	27,9%		
	Femenino	31	72,1%		
Estado civil	Soltero/a	26	60,5%		
	Casado/unión libre	16	37,2%		
	Viudo/a	0	0,0%		
	Divorciado/a	1	2,3%		
Trabajo por turnos	SI	35	81,4%		
	No	8	18,6%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	41	95,3%		
	Tiempo parcial	2	4,7%		
Tipo de institución	Pública	43	100,0%		
	Privada	0	0,0%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		32,74	54	23	7,85
Horas de trabajo por día		8,77	24	8	3,41
Experiencia laboral		6,28	20	1	5,68

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

En la tabla 1 se puede observar que de los 43 datos procesados el 72,1% corresponde al género femenino y el 27,9% al género masculino; referente a la edad de la muestra estudiada se encuentra en una media de 32.74 años. En lo que concierne al estado civil del personal de salud se encuentra: soltero (60,5%), casado/unión libre (37,2%) y divorciado (2,3%).

A su vez, los datos muestran que, en lo relacionado a las horas de trabajo, el personal de la salud cumple con una media de 8,77 horas por día llegando en algunos casos incluso hasta a realizar las 24 horas por día, esto depende de los turnos a cubrir en el lugar de trabajo. Entre otras de las variables que se puede identificar en la muestra es que existe la experiencia laboral tiene media de 6,28 años, aunque en el tiempo de experiencia laboral algunos llegan a 20 años.

Otro de los datos que se puede visualizar es que el 100% del personal está vinculado a una institución pública que corresponde a centros de salud de Alamor y Pindal y a las casas de salud de Pozul, Chaquinal y El Limo. Del 100% del personal el 81,4% tiene un trabajo por turnos a diferencia del 18,6% que no lo tiene; así como también se puede evidenciar que gran parte del personal sanitario realiza trabajo de tiempo completo como lo es el 95,3% a diferencia del 4,7% que realiza su trabajo a tiempo parcial.

Tabla 2

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	25	58,1%
	Medio	12	27,9%
	Alto	6	14,0%
Despersonalización	Bajo	28	65,1%
	Medio	10	23,3%
	Alto	5	11,6%
Realización personal	Alto	18	41,9%
	Medio	11	25,6%
	Bajo	14	32,6%

Nota: Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la tabla 2 se describen las dimensiones del síndrome de burnout del personal de salud que fue evaluado mediante la escala de estrés laboral crónico de Maslach (MBI); es así como en la dimensión agotamiento emocional, gran parte de la muestra indica que lo percibe en un nivel bajo (58,1%); a su vez el 27,9% revela que tiene un agotamiento emocional medio a diferencia de una cantidad mínima, es decir, el 14,0% (correspondiente a 6 personas) que indica tener un agotamiento emocional alto.

Otra de las dimensiones que se evalúa es la despersonalización, la cual, de acuerdo con los resultados obtenidos se evidencia que gran parte de los participantes la perciben en

un bajo nivel (65,1%) en contraste de una pequeña cantidad de muestras procesadas que indican niveles medios (23,3%) y altos (11,6%) de despersonalización.

A diferencia de los datos de las dos dimensiones del burnout evaluadas (agotamiento emocional y despersonalización) se observa que la realización personal presenta valores que se dividen de manera similar en los tres niveles, es decir, el personal de salud de los centros evaluados indica que en su lugar de trabajo perciben una realización personal alta en un 41,9%; por su parte el 25,6% indica tener una realización personal media, mientras que el 32,6% respondió tener un bajo nivel de este factor.

Tabla 3

Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	38	88,4%
	Moderado	2	4,7%
	Severo	3	7,0%
Ansiedad	Leve	25	58,1%
	Moderado	7	16,3%
	Severo	11	25,6%
Depresión	Leve	32	74,4%
	Moderado	6	14,0%
	Severo	5	11,6%

Nota: Cuestionario de salud mental DASS-21

La percepción sobre la salud mental en el personal sanitario evaluado a través del Cuestionario de salud mental DASS-21 se valora a través de niveles tales como: leve, moderado y severo. En este sentido, el primer indicador es el estrés, el cual revela que gran parte de la muestra, es decir, el 88,4% presenta un nivel leve de esta variable a diferencia de dos personas que indican que tienen un nivel de estrés moderado (4,7%) y otra cantidad baja del personal sanitario que respondió que tiene un estrés severo (7,0%).

Por otro, la ansiedad es otro indicador evaluado en la salud mental, en este ámbito se denota que existe un 25,6% de la muestra que establece que ha percibido un nivel severo de

ansiedad durante sus labores, a diferencia del 58,1% que reportan un nivel leve, es decir, más de la mitad de los participantes del estudio que revelan que tienen niveles leves de ansiedad, mientras que el 16,3% señala que ha tenido un nivel moderado de ansiedad.

A su vez, la depresión es otro indicador que se midió en el estudio, en este punto, gran parte de la muestra indica que lo ha percibido en un nivel leve (74,4%), mientras que el 14,0% revela que lo ha observado un nivel moderado a diferencia del 11,6% de la muestra que señala haber tenido un nivel severo de depresión.

Como se puede observar en cada uno de los indicadores (estrés, ansiedad y depresión) que se relacionan con la salud mental se encuentra que gran parte de la población los ha percibido de manera leve, lo que se debe tomar en cuenta es que cada uno de estos indicadores también se presentan por las actividades a las que el personal de salud está expuesto, es decir, el tratamiento, atención y cuidado de la salud y el bienestar de las personas.

Tabla 4

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	16,16	49,00	7,00	10,28
Percepción de soledad	6,02	12,00	3,00	2,04

Nota: Inventario AAQ-7 y UCLA-3

La tabla 4 muestra valores relacionados al patrón de comportamiento sobre el control de rigidez emocional o eventos internos desagradables o más conocido como la inflexibilidad psicológica, así como también se evidencia la percepción de soledad del personal sanitario los cuales fueron medidos a través del Inventario AAQ-7 y UCLA-3.

En este sentido, la media de las personas que percibieron la inflexibilidad psicológica corresponde al 16,16 cuyo valor tiene desviación típica de datos del 10,28, lo que indica la tendencia a ser más flexibles psicológicamente. Cabe indicar que, una media superior a 28 puntos significa que los evaluados tienen mayor inflexibilidad psicológica.

Por otro lado, la escala que mide la percepción de soledad en los datos obtenidos indica que el personal tiene una media de 6,02 es decir, que la soledad o el aislamiento del personal de salud encuestado es medio ya que entre los valores se encuentra que existe un mínimo que indica que una persona presenta bajos niveles de soledad que está en el 3,00 mientras que si una persona tiene un nivel mayor de percepción de la soledad puede llegar hasta una media de 12,00.

Tabla 5

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	1	2,3%
	Baja dificultad para dormir	30	69,8%
	Media dificultad para dormir	10	23,3%
	Alta dificultad para dormir	2	4,7%

Nota: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

En la tabla 5 se muestra la calidad de sueño del sueño del personal de la salud la cual ha sido medida a través del cuestionario de Pittsburg, que evidencia que gran parte de las personas encuestadas presenta una dificultad baja al momento de dormir, esto corresponde al 69,8% del total de la muestra encuestada. De los datos obtenidos también se puede visualizar que existe una dificultad media que tiene el personal sanitario para dormir que corresponde al 23,3% del total de la muestra.

3.2 Discusión

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

Al cumplir con el objetivo 1 de la investigación se refleja que la mayor parte de los participantes son del sexo femenino (72,1%) este dato guarda relación con la investigación de Urzúa y otros (2020) quienes indican que, al aplicar la encuesta a 125 personas (médicos, enfermeras de Chile) el 88% de los datos de los participantes corresponde a mujeres. Por su parte, el estudio de Di Tella y Romeo (2020) al estudiar la salud mental de los trabajadores

sanitarios trabajaron con 145 profesionales; en esta investigación también se evidencia una alta participación de mujeres (72,4%) a diferencia de los hombres (27,6%), cabe indicar que este estudio se lo aplicó a doctores y enfermeras de Italia. Como se puede observar en cada uno de los estudios existe una alta participación de mujeres las cuales tienen profesiones como doctoras y enfermeras.

Por otro lado, en el trabajo desarrollado se evidencia que la edad promedio del personal participante es de 32,74 años la cual guarda relación con los datos que se obtuvieron del estudio realizado en Chile por Alvarado y otros (2021) en donde la edad promedio de los trabajadores sanitarios encuestados fue de 37,7 años; en esta misma línea, el estudio de Urzúa y otros (2020) también muestra que la edad media de los trabajadores de la salud que participaron en el estudio es de 39,59. En este sentido, se puede evidenciar que los trabajadores sanitarios que han participado en los diferentes estudios son relativamente jóvenes; en estos datos también se debe tomar en cuenta que los participantes oscilan entre profesiones tales como: doctores, enfermeros, auxiliares, entre otros.

A su vez, en este trabajo de investigación y en el de Montes Berges y Ortúñez Fernández (2020) se pueden encontrar diferencias en cuanto al estado civil de los participantes; debido a que en el primer estudio el estado civil que predomina es "soltero" (60,5%), a diferencia del estudio de Montes Berges y Ortúñez Fernández (2020) en donde la mayoría (51,1%) de los participantes son casados. Por su parte los resultados referentes al estado civil del estudio de Alonso y otros (2020) guarda relación con el de Montes Berges y Ortúñez Fernández (2020) debido a que en su estudio se puede evidenciar que el 53% de los participantes están casados. Es así, como en las investigaciones desarrolladas muestran que el estado civil varía, aunque como se mencionó previamente el estar casados es una de las características predominantes de los trabajadores de la salud.

Otro dato corresponde a que en la indagación que se desarrolló los 43 participantes laboran en instituciones públicas del país, el lugar donde trabajan tiene relación con el estudio de Vergara-Robalino y Moreno-Rueda (2022) quienes realizaron su investigación a 33 médicos de la ciudad de Riobamba que laboran en una institución pública, a diferencia de la

investigación que desarrollaron Dosil Santamaría y otros (2020) los cuales realizaron su trabajo enfocado en trabajadores sanitarios españoles en donde los participantes laboran en instituciones públicas y privadas de las comunidades; como se puede observar, dos de los tres estudios son realizados dentro de ciudades (Loja y Riobamba) del país. Por tanto, de acuerdo con los datos observados, la realidad laboral se enfoca al sector público del país.

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

En lo referente a los niveles de burnout en sus tres dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, en este trabajo se obtiene que gran parte de los encuestados presentan un agotamiento emocional bajo (58,1%) a diferencia de los estudios que fueron realizados por Cedeño Guevara y Escobar Segovia (2022) a sanitarios ecuatorianos de la ciudad de Loja en donde se muestra que el 50,98% presenta niveles de agotamiento emocional graves; en el caso de los 33 médicos del Hospital de General de Riobamba IESS que participaron en la investigación de Vergara-Robalino y Moreno-Rueda (2022), el 48,5% del total de los encuestados presentaron niveles medios de agotamiento emocional. Como se puede visualizar, los datos indican que los encuestados presentan niveles de agotamiento emocional en todos los niveles, lo que muestra resultados relevantes debido a que el agotamiento emocional en niveles graves puede llevar a que una persona pueda tener dificultades para pensar o a su vez olvidos frecuentes lo que puede afectar en su desarrollo personal y toma de decisiones.

Los resultados sobre la despersonalización indican que un alto porcentaje de participantes la perciben en bajos niveles (65,1%); a diferencia del estudio de Farì y otros (2021) desarrollado a médicos, fisioterapeutas y enfermeras que trabajan en un hospital al sur de Italia muestra que los participantes tienen niveles de despersonalización que oscilan entre bajos (38,2%) y altos (38,2%). Así también se evidencia que existe la investigación desarrollada por García-Torres y otros (2021) que indica que el nivel moderado (25,6%) es el que persiste entre los 121 médicos y enfermeros (as) evaluados en México. Como se observa, la despersonalización es percibida por los participantes en distintos niveles (bajos, moderados, altos) en cada investigación analizada, y que, aunque en esta investigación se presente en porcentajes bajos o leves, esto puede afectar a la vida y desarrollo de cada individuo.

Otra de las dimensiones que se evalúan en el síndrome de Burnout es la realización personal, en este caso existen valores que indican que el personal sanitario de este estudio tiene una alta percepción (41,9%) de esta dimensión. Por otro lado, en el estudio de Vinueza

Veloz y otros (2021) realizado a 224 médicos y enfermeros de establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana se estableció que los niveles en esta dimensión oscila entre baja (106 participantes) y moderada (74 encuestados) en el personal de salud. Por otro lado, el estudio desarrollado por Madero Zambrano y otros (2022) realizado a 355 trabajadores de la salud que laboran en la ciudad de Cartagena (Colombia) indica que el 62,5% tiene baja realización personal. Como se puede evidenciar en los estudios analizados cada una de las dimensiones tienen valores leves, moderados y severos, lo que muestra la presencia de este estrés en el ámbito laboral durante la pandemia por COVID 19.

Percepción de la salud mental del personal de salud

Dando respuesta al objetivo específico 3 se evaluó también la percepción de la salud mental, de acuerdo con los datos obtenidos se indica que el 88,4% del personal de salud tiene un nivel leve de estrés. En el caso del estudio de Onofre Santiago y otros (2021) revela que de 589 participantes el 82,3% no perciben estrés al momento de desarrollar sus actividades y el 8,5% afirman tener un nivel leve de estrés al realizar sus actividades. De los datos expuestos, también se puede establecer que en el caso del estudio que realizaron Obando Zegarra y otros (2020) a enfermeros peruanos de Lima y Callao indican resultados diferentes a los estudios antes mencionados ya que de acuerdo con las respuestas el 91,2% señala que ha tenido un estrés normal, y el 3,2% ha percibido un nivel moderado de estrés.

De lo que se observa, en cada estudio los participantes afirman tener estrés en niveles leves y moderados; lo que puede ser asociado por las diferentes actividades y acciones a cumplir durante el tiempo de pandemia.

.Cada actividad que el ser humano desarrolla le genera un nivel de estrés por la toma de decisiones que realiza a diario, en este sentido, de acuerdo con los resultados obtenidos se evidencia cómo los distintos niveles de estrés sí estuvieron presentes en el personal de salud, aunque en cada resultado obtenido el nivel leve prevaleció.

Por ejemplo, los resultados que se obtuvieron en el estudio indican que gran parte de la muestra encuestada percibe que la ansiedad está presente en niveles leves, esto corresponde al 58,1% y un 25,6% que indica tener niveles severos de ansiedad; estos datos

guardan relación con los resultados de la investigación de Lai y otros (2020) referentes a la ansiedad que se realizó al personal sanitario de China en donde se establece que los niveles de ansiedad en gran parte de la muestra encuestada la percibe en bajos niveles (55,4%) y el 5,3% presenta niveles severos de la ansiedad; cabe indicar que este estudio fue realizado a 1257 personas que trabajan en el sistema de salud chino. En el trabajo de Pazmiño Erazo y otros (2021) se evaluaron los factores que afectan a la salud mental de los sanitarios en donde se indica que la ansiedad de los sanitarios se encuentran en niveles leves tanto en mujeres (35,19%) como hombres (42,94%) y asimismo en un nivel moderado están las mujeres en un 25,64% y los hombres 18,71%; cabe indicar que en este estudio se realiza una clara división entre el sexo de los participantes y los niveles de ansiedad que estos perciben al momento de realizar la evaluación. Como se puede observar, los niveles de ansiedad (leve, moderado y severo) están presentes en los trabajadores de la salud, esto puede relacionarse con la carga de trabajo a la que estuvieron expuestos durante la emergencia sanitaria.

Al igual que la ansiedad y el estrés, la depresión también se evaluó dentro de los indicadores de la salud mental, en este caso los participantes del estudio la perciben de manera leve (74,4%). A diferencia de los datos obtenidos, se muestra que en la investigación realizada por Medrano Hernández y Becerra Hernández (2022) a un total de 362 sanitarios mexicanos los niveles de depresión son moderados (16%). Por su parte, el estudio desarrollado por Vaca (2021) guarda similar relación con los datos obtenidos en esta investigación debido a que de acuerdo con los resultados el 42,6% indica la ausencia de la depresión y el 29,4% la percibe levemente.

Cada uno de los datos que se muestran en las investigaciones indican niveles leves y moderados de depresión, un indicador de la salud mental que evita que la persona se desarrolle de manera eficaz; es así por ejemplo que los datos de la investigación desarrollada y la de Vaca (2021) muestran que los sanitarios no perciben la depresión o esta se evidencia en niveles leves, a diferencia de un porcentaje mínimo (16% en relación a toda la muestra encuestada) que indica tener niveles moderados de depresión; lo que puede indicar que este

trastorno fue un factor que influyó levemente en la salud mental de los sanitarios durante la pandemia por COVID 19.

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.

Para dar respuesta al objetivo 4, se observa que en los estudios desarrollados se muestra que los niveles de inflexibilidad psicológica se encuentran en una media del 16,06 es decir, que la forma de afrontamiento a las diferentes situaciones es relativamente buena ya que tienden a ser más flexibles ante las diferentes situaciones que han atravesado durante la pandemia por COVID 19. En el estudio de Valiente-Barroso y otros (2020) los sanitarios expusieron tener bajos niveles de miedo ante la situación del COVID 19 y a su vez los profesionales afrontarían con bastante normalidad esta situación (62,9%).

De acuerdo con los porcentajes que se reflejan en el párrafo anterior sobre la inflexibilidad psicológica o el control de las emociones ante las diversas situaciones, se analiza que la pandemia por COVID 19 ha hecho que el personal sanitario pueda tener un control al momento de realizar su labor. Cabe indicar, que se ha realizado una búsqueda exhaustiva de investigaciones que aborden la inflexibilidad psicológica, pero al momento solo se pueden encontrar en su mayoría investigaciones desarrolladas en años previos a la pandemia como los estudios de Ortiz Fune (2018) o el de Patrón Espinosa (2010) lo que no permite realizar una comparación ya que son diferentes momentos de evaluación.

En lo referente a la percepción de la soledad, los resultados de este estudio indican que esta variable se encuentra en una media del 6,02, es decir hay una percepción de apoyo social por parte de los encuestados. Por otro, el estudio de Shechter y otros (2020) realizado a inicios de la pandemia indica que de los 657 participantes (personal sanitario estadounidense) el 65% reportaron percibir una soledad sustancial. A su vez, otro estudio que midió la percepción de la soledad de 330 trabajadores de la salud australianos fue el de Stubbs y Achat (2022) en donde se establece que la soledad fue experimentada por 207 (62,7%) trabajadores de la salud durante el apogeo de la pandemia y a su vez 129 (39,1%)

informaron que esto había afectado negativamente su bienestar; cabe indicar que para el estudio de Stubbs y Achat se aplicó la escala K-10 de Kessler.

Como se evidencia, los estudios que se abordan tienen diferentes momentos de aplicación, así el estudio de Shechter y otros (2020) indica que gran parte de los trabajadores de la salud a inicios de la pandemia percibieron una soledad sustancial; mientras que en el caso de los sanitarios australianos a medida que la pandemia avanzó fue en donde existió mayor percepción de soledad; a diferencia de los participantes de la investigación en Ecuador en donde el estudio se aplicó a finales de la pandemia y la percepción de soledad se encuentra en un nivel medio; todo estos momentos que atravesaron cada uno de los trabajadores sanitarios han hecho que se sientan solos debido a las diferentes situaciones y los contextos en los que se afrontó la enfermedad por COVID 19.

Calidad de sueño del personal de salud

Se puede observar que otro de los factores medidos es la calidad del sueño, en este sentido el indicador que tuvo mayor inclinación el personal de la salud encuestado fue el de una baja dificultad para dormir (69,8%); que a diferencia del estudio desarrollado por Arriola Torres y otros (2021) entre el 1 y 11 de julio del año 2020 a 111 médicos residentes peruanos que laboraban en diferentes hospitales del país, se indica que el 89,71% del total de participantes presentan problemas de sueño, pero del total el 55,21% tenía problemas de sueño que necesitaban tratamiento médico.

A diferencia de los datos obtenidos en los estudios de países latinoamericanos (Ecuador y Perú) mencionados en el párrafo anterior, se identifica la investigación de Huan y Zhao (2020) quienes desarrollaron su estudio desde el 3 al 17 de febrero de 2020 en China, en donde se aplicó un cuestionario con la escala de Pittsburg, cabe indicar que este instrumento está adaptado a la realidad de ese país, en este estudio se evidencia que solamente el 18,4% del total de los participantes (7326) indicó tener una pobre calidad del sueño.

Cada una de las actividades que tuvo que desarrollar el personal de la salud trajo consigo el cambio de las rutinas o el aumento de la preocupación, se puede observar que en

el estudio antes mencionado existe una baja dificultad para dormir esto se puede relacionar con el estudio realizado a inicios de la pandemia de Huan y Zhao (2020) quienes obtienen como resultados que solamente el 18,4% del total de encuesta presenta una pobre calidad del sueño lo que empeoró a medida que la pandemia avanzaba (mayor número de casos de covid, no había una vacuna contra la enfermedad, entre otras situaciones) ya que en el mismo año 2020 en el Perú se indica que ya el 89,71% de los participantes tuvo problemas en el sueño.

Conclusiones

Los profesionales la salud de los cantones Celica, Pindal y Puyango de la provincia de Loja que participaron de esta investigación en su mayoría son del sexo femenino, de estado civil soltero, en donde la edad promedio se encuentra entre los 32,74 años; a su vez se observa como este grupo trabaja una media de 8,77 horas por día, su experiencia laboral es de 6,28 años en promedio y el 95,3% trabaja a tiempo completo.

La escala de estrés crónico aplicada evidencia que un 14,0% indica tener un agotamiento emocional alto; por otro lado, la despersonalización oscila entre baja y media de acuerdo con los datos obtenidos. Además, hay un elevado porcentaje que indica tener niveles altos de realización personal en el lugar en donde trabajan.

De la muestra participante se evidencia porcentajes leves en los indicadores de salud mental que se pueden calificar como positivos; aunque en el indicador de ansiedad se observa que hay un porcentaje (25,6%) que difiere de los otros indicadores en donde se muestra que los trabajadores de la salud tienen ansiedad en nivel severo.

Los resultados que arrojó el Inventario AAQ-7 indican que los participantes del estudio tienden a ser flexibles y se adaptan ante diferentes situaciones debido a que existe una media de 16,16; lo que permite concluir el nivel adecuado de adaptación que pueden tener el personal sanitario ante enfermedades como el COVID 19.

La escala de soledad UCLA-3 establece que el personal sanitario participante ha tenido una percepción de apoyo social alta durante sus labores (6,02 es la media) en tiempos de pandemia.

Por otro lado, luego de la aplicación del cuestionario de calidad del sueño, se evidencia que el personal de salud participante tras el confinamiento y las actividades que realizó durante la pandemia por COVID 19 tiene entre una baja y media dificultad para dormir.

Recomendaciones

Tras el estudio desarrollado y de acuerdo con los resultados y recomendaciones obtenidos, se recomienda que:

Las instituciones de salud en el país puedan regular las horas de trabajo que realiza el personal de la salud, esto con el fin de que las personas puedan tener un espacio para el esparcimiento y libre descanso, más aún cuando cada trabajador atravesó la situación por la pandemia por COVID 19 que pudo afectar a su salud mental.

Se recomienda a las diferentes casas de salud, instituciones sanitarias que puedan mantener programas y políticas que busquen el beneficio de sus empleados, esto hará que los niveles de realización personal que tienen sus empleados se mantengan; a su vez genere mayor confianza en la institución y los niveles de estrés no aumenten debido a que puede influir en su desarrollo profesional. Se exhorta a las instituciones de salud a que generen programas de prevención terciaria que permitan disminuir los niveles de estrés laboral a los que día a día están expuestos el personal sanitario.

La salud mental aporta al bienestar psicológico, emocional y social de las personas, por ende, es importante que esta sea cuidada en cada ámbito que las personas habitan; en este sentido, es imprescindible que las instituciones de salud del país presten atención e implementen programas de atención secundaria que se enfoquen en el cuidado de la salud mental de los individuos así como del personal de la salud el cual vivió y vive diferentes episodios al momento de brindar el cuidado a la ciudadanía.

Se recomienda que las instituciones de salud, el Estado y el Ministerio de Salud Pública puedan establecer mecanismos que propicien más investigaciones sobre la inflexibilidad psicológica y la percepción de soledad debido a que como se pudo evidenciar el nivel de investigaciones sobre estos temas ha sido escaso, sobre todo al tratarse de temas referentes a la pandemia.

Es importante que las instituciones de salud conozcan los problemas de salud mental que puedan afectar a la calidad de vida de su personal, por lo que se debería

generar y planificar acciones que se enfoquen en promover el nivel descanso y que puede influir en el bienestar y la salud mental de los trabajadores sanitarios.

Se recomienda que los individuos tomen consciencia de los problemas que pueden afectar a su salud mental, para ello será necesario eliminar el tabú (aun existente) de que requerir ayuda de un psicólogo no es para todos y puedan ser tratados a tiempo los problemas que presente; debido a que las diferentes situaciones a las que cada persona está expuesta pueden generar depresión, ansiedad, entre otros problemas.

Referencias

- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., . . . Pérez-Solá, V. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14, 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>
- Alvarado, R., Ramírez, J., Lanio, Í., Cortés, M., Aguirre, A., Bedregal, P., . . . Alarcón, S. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev Med Chile*, 149, 1205-1214.
- Antúnez, Z. y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Araujo, P., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., Gonzáles, A. I., Lima, D. P., y Carvalho, T. D. (2015). Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21, 472-475.
- Arispe Albuquerque, C., Yangali Vicente, J., Guerrero Bejarano, M., Lozada de Bonilla, O., Acuña Gamboa, L., y Arellano Sacramento, C. (2020). *La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado*. Universidad Internacional del Ecuador.
- Arriola Torres, L. F., Palomino Taype, K. R., & Quintana Castro, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Con-Ciencia*, 2(1), 115-124.
- Banco Mundial. (7 de abril de 2022). *Ecuador: panorama general*. Banco Mundial. <https://bit.ly/3KwxcJI>

- Becerra Sarmiento, M. F., Valencia González, E. G. y Revelo Oña, R. E. (2021). Análisis del desempleo durante la pandemia COVID-19 y el impacto en diferentes sectores económicos del Ecuador. *593 Digital Publisher*, 6(3), 442-451.
- Bermejo-Cayamcela, D. M., Álvarez-Ochoa, R., Lliguisupa-Pelaez, V., Pesántez-Beltrán, D. J. y Zhindón-Arévalo, C. E. (2021). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, IX(2), 153-159. <http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v9i2.412>
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., y Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Buitrago Orjuela, L. A., Barrera Verdugo, M. A, Plazas Serrano, L. Y. y Chaparro Penagos, C. (2021). Estrés laboral: una revisión de las principales causas consecuencias y estrategias de prevención. *Revista de Investigación en Salud*, 8(2), 131-146. <https://doi.org/10.24267/23897325.553>
- Bustamante Granda, B., Sánchez Puertas, R., & Paladines Costa, B. (s.f). *Informe de indicadores de salud mental*. Universidad Técnica Particular de Loja. <https://bit.ly/3FHa24p>
- Cajas-Guijarro, J. (2021). *COVID-19: la tragedia de los pobres. Entre crisis, sindemia y otros males*. Plataforma por el Derecho a la Salud/Fundación Donum/FOS.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57). Guilford Press.
- Carod-Artal, F. J. (2021). Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 11(72), 384-396. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>

- Cedeño Guevara, P., & Escobar Segovia, 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. 10.17081/innosa.151
- Chavéz, C. (2016). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA Research Journal*, 9(1), 77-95.
- Confederación Salud mental España. (2021). *Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Cruz-Vargas, D. J., Sánchez-Aragón, R. y Castro-Torres, V. (2020). Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*, 30(2), 231-241.
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama-Valdivia, J., y Correa-López, L. (2021). Estudios transversales. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 164-170. doi:10.25176/RFMH.v21i1.3069
- Danet Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina clínica*, 156,9, 449-458. 10.1016/j.medcli.2020.11.009
- Davini, G. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.
- De la Serna, J. M. (2020). Impacto del COVID-19 en el personal sanitario. En J. M. De la Serna, *Personal Sanitario en tiempos de pandemia: una Perspectiva Psicologic* (pp. 135-176). Tektime.
- Del Canto, E., y Silva Silva, A. (2013). Metodología cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en Ciencias Sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, III(141), 25-34.
- Delgado Domínguez, C. J., Varas García, J., Ruiz, F. J., Díaz Espejo, B., Cantón Guerrero, P., Ruiz Sánchez, E., González Jurado, N., Rincón Bello, A., y Ramos Sánchez, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y

Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 40(2), 115-212. 10.1016/j.nefro.2019.06.008

Di Tella, M., Annunziata, R., Benfante MS, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, 1583-1587.10.1111/jep.13444

Domínguez, R., Zelaya, S., Gutiérrez, M., y Castellanos, E. (2020). Medidas de protección en personal de salud para disminución de riesgo de contagio de COVID-19. *Instituto Nacional de Salud*, 1-17.

Dorantes, C. H. y Matus, G. L. (2002). El estrés y la ciudad. *Revista del Centro de Investigación Universidad La Salle*, 18(5), 71-77.

Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Alboniga-Mayor, J. J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)*, 14, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

Elizarrarás-Rivas, J., Cruz-Ruiz, N. G., Elizarrarás-Cruz, J. D., Robles-Rodríguez, P. V., Vásquez-Garzón, V. R., Herrera-Lugo, K. G., y Guevara-López, U. M. (2020). Medidas de protección para el personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(4), 315-324. <https://dx.doi.org/10.35366/94945>

Enríquez, A., y Sáenz, C. (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. Serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México.

Espinoza-Ascurra, G., Gonzales-Graus, I., Meléndez-Marón, M. y Cabrera, R. (2022). Prevalencia y factores asociados con depresión en personal de salud durante la pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría - ACP*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>

- Fari, G., De Sire, A., Giorgio, V., Rizzo, L., Bruni, A., Bianchi, F. P., . . . Megna, M. (2022). Impact of COVID-19 on the mental health in a cohort of Italian rehabilitation healthcare workers. *Wiley. Medical Virology*, *94*, 110-118. 10.1002/jmv.27272
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, J., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología*, *14*(2), 96-106. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>
- Gastó, C. y Navarro, V. (2007). *La depresión*. Fundación BBVA.
- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A. E., y Castro Molina, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *recimundo. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, *4*(3), 163-173. 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice o Mindful Change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *6*(64), 1152–1168.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Houtman, I. y Kompier, M. (1998). *Trabajo y salud mental*. ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.
- Huang, J. Z., Han, H. F., Luo, T. D., Ren, A. K., y Zhou, X. P. (2020). [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Pub Med*, *3*(38), 192-195. 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063

- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 1-6. 10.1016/j.psychres.2020.112954.
- Infante Campos, A. (2008). *Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*, 1-34.
- Jarego, M., Pimenta, F., Pais-Ribeiro, J., Costa, R. M., Patrão, I., Coelho, L. y Ferreira-Valentea, A. (2021). Do coping responses predict better/poorer mental health in Portuguese adults during Portugal's national lockdown associated with the COVID-19? *Personality and Individual Differences*, 175, 110698. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110698>
- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 53(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Koury, J. M., y Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19 ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta Odontológica Venezolana*, 1-8.
- Lábadi , B., Arató, N., Budai, T., Inhof, O., Stecina, D. T., Sík, A. y András, Z. (2022). Psychological well-being and coping strategies of elderly people during the COVID-19 pandemic in Hungary. *Aging Ment Health*, 3(26), 570-577. 10.1080/13607863.2021.1902469
- Lai, J., Sa, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lomas, B. (2000). *Stress and Time Management*. Rowmark.
- López Izurieta, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 6(1), 47-50.

- López Malacatus, A. J., Cuenca Buele , A. R., Bajaña Romero, J. A., Merino Choez, K. D., López Malacatus, M. S. y Bravo Bonoso, D. G. (2021). Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 5(5), 8018-8035. <https://orcid.org/0000-0003-0980-7436>
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. 33(3), 335-343. 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno* (70), 110-120. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Madero Zambrano, K. P., Ayala Jiménez, D. P., Alvis Estrada, L., Bohórquez Moreno, C., Sanabria Artunduaga, M. E., & Salas Taborda, H. (2022). Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de pandemia por COVID-19. *Revista USTASALUD*, 2, 81-88. <https://doi.org/10.15332/us.v21i2.2675>
- Maese Núñez, J., Alvarado Iniesta, A., Valles Rosales, D. J., y Báez López, Y. A. (2016). Coeficiente alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de un cuestionario difuso. *Culcyt//Instrumentos de medición*(59), 146-156.
- Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R., y Tequen Bernilla, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*(31), 125-131. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Martín Arias, E., y Pachecho Tabuenca, T. (2021). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 71-89.
- Martínez Mallen, M., y López Garza, D. N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 3(44), 101-107.

- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory*. Consulting psychologists press.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*(886), 172-189.
- Medline Plus. (29 de enero de 2020). *Trastornos del sueño*. Medline Plus. <https://bit.ly/39K4cBn>
- Medrano Hernández, J. I., & Becerra Hernández, A. (2022). Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Horizonte Sanitario*, 21(3), 513-520. 10.19136/hs.a21n3.4661
- Melgosa, J. (2017). Preservando la salud mental. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 7(2), 1-6.
- Mertens, D. (2010). *Research and evaluation in educational and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mix- methods approaches*. Sage.
- Ministerio de Salud Pública. (12 de abril de 2020). *El 5% de positividad viral COVID-19 se mantiene por tercera semana consecutiva en Ecuador*. Ministerio de Salud Pública. <https://bit.ly/3EVM21>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Situación epidemiológica nacional COVID-19, Ecuador*. Ministerio de Salud Pública.
- Miranda Pedroso, R. y Murguía Izquierdo, E. D. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que trabaja con enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 1(8), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Molina-Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina Respiratoria*, 13(2), 71-77.
- Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Universidad Surcolombiana.

- Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M. y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Med UNAB. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 23(2), 195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Montes Berges, B., & Fernández García, E. (2021). El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de UCI. *Enfermería Global*(66), 1-14. <https://doi.org/10.6018/eglobal.483261>
- Montes Berges, B., & Ortúñez Fernández, M. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería*(62), 254-268. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>
- Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O. y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex, Supl* 1(41), 127-136.
- Naciones Unidas. (31 de enero de 2020). *Coronavirus: Lo que hay que saber del COVID-19*. Naciones Unidas. <https://bit.ly/3vsPqr6>
- Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas de las Naciones Unidas: la COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. Naciones Unidas.
- Navas Orozco, W., y Vargas Baldares, M. J. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 2(26), 19-35.
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Ambrose, M., Niedzwiedz, C., . . . Robb, K. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry* (2021)(218), 326–333. 10.1192/bjp.2020.212

- Observatorio Social del Ecuador. (6 de mayo de 2022). *Boletín mensual abril 2022 | Situación de la pandemia de Covid-19 en Ecuador*. Observatorio Social del Ecuador. <https://bit.ly/3x8whur>
- Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilker, C., y Macías-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI HSS) en profesionales chilenos*. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159. 10.11144/Javeriana.UPSY13-1.
- Onofre Santiago, M., Rodríguez García, S., Jaramillo Vásquez, J., Salazar Mendoza, J., Hernández Montesiones, M. G. y Luna Hernández, O. D. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 5(5), 6837-6857. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3PyU2UJ>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19. Orientaciones provisionales*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *CIE 10 ES. Clasificación internacional de enfermedades - 10° Revisión Modificación Clínica*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cuidar nuestra salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3VIAi3J>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2021). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3NyHMLv>

- Organización Panamericana de la Salud. (13 de enero de 2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia*. Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3G8uvNP>
- Organización Panamericana de la Salud. (31 de marzo de 2020). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3G9dYcA>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Mitigar las consecuencias directas e indirectas de la COVID-19 en la salud y el bienestar de la población joven de la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega-Jiménez, D., Ruisoto, P., Bretones, F. D., Ramírez, M. R., y 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), 2992.
- Ortiz-Prado, E., y Fernández-Naranjo, R. (2020). Impacto de la COVID-19 en el Ecuador: De Los Datos Inexactos a Las Muertes en Exceso. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(2), 8-11. doi:10.46997/revecuatneurol29200008
- Pacheco Tochoy, P. y Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *CCAP*, 15(1), 30-38.
- Palacios Cruz, M., Santos, E., Velázquez Cervantes, M. A., y León Juárez, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
- Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., & Pazmiño Pullas, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>

- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C. y Martínez-Suárez, P. C. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *AVFT. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202-211. <http://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>
- Pérez Rodríguez, A. y García Babiano, M. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 19-37.
- Quijije, R., Vargas, G., Olaya Pincay, M. E. y Cando, N. (2020). Evaluación de estrés en el personal médico hospitalario ante el COVID-19. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 24(106), 96-101. 10.47460/uct.v24i106.401
- Ramírez , M., y Ontaneda, M. (2019). Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7. *European Journal of Health Research*, 5(2), 75-84. 10.30552/ejhr.v5i2.175
- Ramírez-Ortiz, J., Fontecha -Hernández, J. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia COVID-19. *Universidad Nacional de Colombia*, 1-22.
- Ramos Galarza, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1-5.
- Rivera Guerrero, Á., Ortiz Zambrano, R., Miranda Torres, M. y Navarrete Freire, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado*, 2(8), 1-7.
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6(1), 2325-2336. 10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Saborío Morales, L. y Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 32(1), 1-6.

- Saltos Llerena, I., Paravic Klijn, T. y Burgos Moreno, M. (2022). Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 153-161
- Santamaría-Galeano, C. L. (2020). Evitación experiencial en el contexto de la contingencia sanitaria por covid-19. *Salud IUS*, 4(52), 478-480.
- Santilán Haro, Á., y Palacios Calderón, E. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *Interamerican Journal of Medicine and Health*, 3, 1-4.
<https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.89>
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, E., Ye, S., Agarwal, S., . . . Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (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, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100050>
- Thyer, B. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. Londres: Sage Publications.
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urizar, A., Zapata Pizarro, A., & Irrarrázaval Domínguez, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chile*, 148, 1121-1127.

- Vaca, D. y Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 6(1), 20-26.
- Valdivieso Maggi, J. A., Noroña Salcedo, D. R. y Vega Falcón, V. (2021). Síndrome de Burnout en personal de atención a urgencias médicas durante la pandemia de COVID-19. *Revista de Investigación Talentos*, VIII(1), 93-100. <https://doi.org/10.33789/talentos.8.1.146>
- Valencia González, E. G., Correa Sinche, D. A. y Pazmiño Cruz, V. K. (2021). Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19. *Revista Scientific*, 21(6), 144-162. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.21.7.144-162>
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, Á. A. y Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 63-70.
- Valiente-Barroso, C., Saiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R. y Martínez-Vicente, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 159-158.
- Vázquez Morejón, A. J., y Jiménez García-Bóveda, R. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(6), 45-54.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(3), 177-183. doi:10.1016/j.semerg.2015.05.017
- Vera-Carrasco, O. (2021). Síndrome de Distrés respiratorio agudo y COVID-19. *Rev Med La Paz*, 27(1), 60-69.

- Vergara-Robalino, J., & Moreno-Rueda, V. (2022). Síndrome de burnout, en el personal médico del hospital general Riobamba (IESS) que laboró en la pandemia por Covid 19. *Polo del Conocimiento*, 7(6), 2579-2602.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor, & F. J. Labrador, *Manual de modificación de conducta* (pp. 229-264). Alambra.
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Pino Vaca, D. P., Tapia Veloz, E. C. y Vinueza Veloz, M. (2021). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista Correo Científico Médico*, 1-21.
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Tapia Veloz, E. C., & Vinueza Veloz, 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.
- Wu, Z., y McGoogan, J. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA* 2020, 323(13), 1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
- Zhou, P., Lou Yang, X., Guang Wang, X., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., . . . Li Shi, Z. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *nature*, 579, 270-273. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>

Apéndice

Apéndice A. Batería psicológica aplicada

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

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

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

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

Profesión: _____ **Título:** _____

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

Horas que trabaja diariamente: _____ **Trabaja usted en turno:** Si__ No__

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

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo Parcial

Tipo de institución: Pública Privada

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

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si__ No__

¿Siente que su trabajo toma *tanto tiempo* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si__ No__

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si__ No__

MBI

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

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

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

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

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

DASS-21

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

0= Nada aplicable en Mí

1= Aplicable a Mí en algún grado

2= Aplicable en Mí en alto grado

3= Muy aplicable en Mí

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

AAQ – II

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

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

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

UCLA-R

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

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

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

AUDIT

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

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

Calidad de sueño

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

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

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

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

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

a.	no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:...	1	2	3	4
----	---	---	---	---	---

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

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

Muy buena Muy mala
 Bastante buena Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicina (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

No me ha ocurrido durante el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

No me ha ocurrido durante el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana

9.

Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

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

10. Tienes pareja o compañero/a de habitación?

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

11. En una escala de 1 a 10 puede mencionar ¿qué nivel de cansancio siente al despertar?

1 significa nada cansado y 10 extremadamente cansado

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

Gracias por su participación

Apéndice B. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información general

Estimado/a,

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación

Con este estudio, usted, contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención de factores de riesgos psicosociales y de salud mental en personal sanitario. Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas y únicamente serán trabajados por el Departamento y Carrera de Psicología de la UTPL. Usted no incurrirá en ningún gasto.

Riesgos y molestias

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

Confidencialidad de los datos

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

Participación voluntaria

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

He leído y acepto.

Acepto (firma) _____

No acepto _____