



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGIA**

**Salud Mental en trabajadores sanitarios durante la  
pandemia de COVID – 19 en la parroquia de Calderón de la  
ciudad de Quito en el año 2022.**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Autora:** Mancero Padilla, Vannesa Lorena

**Directora:** Torres Salazar, Cristina Alexandra

**QUITO**

**2023**



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

2023

## Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 08 de abril de 2023

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 la parroquia de Calderón de la ciudad de Quito en el año 2022", realizado por **Vannesa Lorena Mancero Padilla** 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: Msc. Cristina Alexandra Torres Salazar

C.I.: 1804135380

Correo electrónico: catorres52@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Vannesa Lorena Mancero Padilla, 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 la parroquia de Calderón de la ciudad de Quito en el año 2022”, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico de la Covid - 19, Capítulo 2. Evidencia empírica. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados, Capítulo 4. Conclusiones y Recomendaciones, siendo Cristina Alexandra Torres Salazar, 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: Vanessa Lorena Mancero Padilla

C.I.: 1718495169

Correo electrónico: [vanesamancero@hotmail.com](mailto:vanesamancero@hotmail.com)

### **Dedicatoria**

La concepción de este trabajo de titulación está dedicado con todo mi cariño y amor primero a Dios por ser mi ayuda, guía, sustento y fortaleza en todo momento. A mi madre Lorena y a mi abuela Alicia que en su paso fugaz por este mundo me brindaron su amor incondicional y cuidados, me enseñaron a luchar arduamente por mis objetivos y no desmayar, por formarme con valores y principios que me han permitido ser quien soy en la actualidad. A mi esposo Xavier por ser mi apoyo en todo momento, por su amor, paciencia y comprensión durante toda la carrera. A mis pequeñas princesas Romina y Antonella quienes son ese motor e inspiración que con su amor, alegría, inocencia y ternura, me impulsan cada día a seguir adelante y culminar cada proyecto en mi vida.

## **Agradecimiento**

Los resultados de este trabajo merecen expresar mi profundo agradecimiento a todas aquellas personas valiosas, que de alguna u otra manera formaron parte de este caminar, quienes con su apoyo incondicional me alentaron para llegar a la meta y cumplir este hermoso sueño. Mi agradecimiento va dirigido a Dios por darme la oportunidad de seguir esta carrera y poder ser ayuda a los demás. A mi esposo, mis nenitas, hermanos y familia quienes con su amor estuvieron pendientes de mi bienestar, acompañándome e impulsándome a mejorar durante toda la carrera. A mi Directora de tesis quien con su don de gente, conocimiento, paciencia supo orientarme sin interés alguno para culminar con éxito esta investigación.

## 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
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
<i>Origen.</i> .....	5
1.1.1.1 Sintomatología. ....	7
1.1.2 <i>Consecuencias de la Covid 19</i> .....	8
1.1.3 <i>COVID 19 en Ecuador</i> .....	11
1.1.4 <i>COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones</i> .....	13
1.2 Afectaciones en la Salud Mental .....	15
1.2.1 <i>Salud mental</i> .....	15
1.2.1.1 Ansiedad. ....	16
1.2.1.2 Depresión.....	18
1.2.1.3 Estrés.....	19
1.2.1.4 Burnout.....	21
1.2.1.5 Alteraciones del sueño. ....	23
1.2.2 <i>Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios</i> .....	24
1.3.2 <i>Soledad y Apoyo Social</i> .....	27
1.3.4 <i>Retos y desafíos de la Covid – 19 en profesionales de la Salud</i> .....	30
Capítulo dos .....	32
Metodología.....	32
2.1 Objetivos.....	32
2.1.1 <i>Objetivo general</i> .....	32
2.1.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	32
3.1 Diseño de investigación .....	33

<b>3.1.1 No experimental.</b>	33
<b>3.1.2 Transversal.</b>	33
<b>3.1.3 Exploratoria.</b>	34
<b>3.1.4 Descriptiva.</b>	34
<b>3.1.5 Cuantitativa.</b>	34
<b>3.2 Población y muestra</b>	34
<b>Población.</b>	34
<b>Muestra:</b>	35
<b>3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión</b>	35
<b>3.3 Recogida de información</b>	36
<b>Cuestionario Ad-hoc sociodemográfico</b>	36
<b>Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)</b>	36
<b>Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21)</b>	37
<b>Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7</b>	38
<b>Escala de Soledad (UCLA-3)</b>	38
<b>Índice de calidad de sueño (PSQI)</b>	38
<b>3.4 Procedimiento</b>	39
<b>Capítulo tres</b>	41
<b>Análisis de resultados y discusión</b>	41
<b>3.1 Análisis de resultados</b>	41
<b>Conclusiones</b>	50
<b>Recomendaciones</b>	51
<b>Referencias Bibliográficas</b>	53
<b>Apéndice</b>	70
<b>Apéndice A. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.</b>	70
<b>Apéndice B. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)</b>	71
<b>Apéndice C. Escala de depresión ansiedad y estrés - DASS 21</b>	72
<b>Apéndice D. Cuestionario de aceptación acción (AAQ)</b>	73
<b>Apéndice E. Escala de soledad UCLA-20</b>	73
<b>Apéndice F. AUDIT</b>	74
<b>Apéndice G. Escala de calidad de sueño (PSQI)</b>	75

## Resumen

La Covid – 19 ha repercutido en la salud mental de la población en general, más aun a los profesionales que trabajaron en primera línea de atención. El objetivo principal de esta investigación fue determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de la Covid – 19 en el sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022. La metodología utilizada fué no experimental, transversal, exploratorio, descriptivo y cuantitativo. Como muestra recolectora de datos fueron 45 participantes, sin embargo, la muestra procesadora fue de 43 trabajadores sanitarios. El tipo de muestreo fue accidental no probabilístico. Se recopiló la información mediante los siguientes instrumentos: Cuestionario Ad-hoc sociodemográfico, Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7, Escala de Soledad (UCLA-3), Índice de calidad de sueño (PSQI). En conclusión, el personal de salud presenta niveles óptimos en las variables evaluadas, no obstante, es importante mencionar que aunque en un bajo porcentaje se encontraron niveles altos, en estos casos sí se necesitaría una atención emergente.

*Palabras claves:* trabajadores sanitarios, Covid – 19, salud mental.

### **Abstract**

Covid-19 has had an impact on the mental health of the general population, even more so on the professionals who worked on the front line of care. The main objective of this research was to determine the mental health status of health workers during the Covid-19 pandemic in the public sector of the city of Quito during the year 2022. The methodology used was non-experimental, cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative. As a data collection sample there were 45 participants, however, the processing sample was 43 health workers. The type of sampling was accidental, not probabilistic. Information was collected using the following instruments: Ad-hoc sociodemographic questionnaire, Chronic Work Stress Inventory (MBI-HSS), Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS - 21), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ - II) 7 , Loneliness Scale (UCLA-3), Sleep Quality Index (PSQI). In conclusion, health personnel present optimal levels in the variables evaluated, however, it is important to mention that although high levels were found in a low percentage, in these cases emergency care would be needed.

*Keywords:* health workers, Covid - 19, mental health.

## Introducción

El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es responsable de la enfermedad denominada COVID-19. Esta enfermedad fue detectada inicialmente en China en la ciudad de Wuhan, a finales de diciembre del 2019. Las personas contagiadas con este nuevo virus presentan síntomas variados, dependiendo de su estado de salud y edad. La infección del virus pasó de ser un brote aislado a una emergencia sanitaria mundial y posteriormente una pandemia, esto gracias al innumerable número de contagios y decesos que se produjeron en un solo mes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En el Ecuador se identificó el primer caso de Covid – 19 el 29 de febrero del 2020, es el tercer país latinoamericano, donde se confirma un caso en la región, el primero fue Brasil y luego México. A pesar de las medidas implementadas por el gobierno, la propagación del virus se movió de forma muy acelerada en los primeros meses, especialmente en las provincias costeras. La pandemia ha golpeado fuertemente en el Ecuador no sólo en lo sanitario, sino en lo social, lo económico y político (Ministerio de Salud Pública [MSP] 2020).

Esta emergencia global causada por la pandemia es probablemente uno de los mayores desafíos en el personal de salud ya que están comprometidos en primera línea de atención, contención y erradicación del virus. Al enfrentarse a situaciones complejas y estresantes tales como falta de protección personal e insumos médicos, prolongadas jornadas laborales, constante exposición a la enfermedad y las posibles amenazas a la propia salud, así como el riesgo de contagio a los seres queridos y los compañeros de trabajo entre otras condiciones podrían tener una repercusión emocional en la salud mental de los profesionales sanitarios (Maté & Lleras, 2020).

De ahí la importancia de esta investigación ya que, permite conocer el alcance, la repercusión y las consecuencias de la actual pandemia en la salud mental de los trabajadores sanitarios, esto fomentará la creación de estrategias globales de autocuidado y apoyo psicológico y así mejorar los mecanismos de regulación emocional, la capacidad de adaptación a la vida

cotidiana y un desempeño óptimo laboral, lo cual será de mucha utilidad para disminuir los efectos negativos en la salud mental de los trabajadores de la salud (OMS, 2020).

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo general de esta investigación fue determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de la Covid – 19 en el sector público de la ciudad de Quito de la parroquia de Calderón durante el año 2022. Para ello, se utilizó los siguientes instrumentos y tests para recopilar la información: Cuestionario Ad-hoc sociodemográfico, Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7, Escala de Soledad (UCLA-3), Índice de calidad de sueño (PSQI).

El trabajo de investigación consta de distintos capítulos los cuales los detallamos a continuación: Capítulo I corresponde al marco teórico en el cual se presenta la conceptualización y definición de nociones que sirven de fundamento y sustento de dicha investigación. El Capítulo II concierne a la metodología, objetivos generales y específicos, el diseño de la investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos utilizados para la recolección de la información. El capítulo III describe el análisis de resultados y la discusión, concluyendo con las conclusiones y recomendaciones.

Se espera que los resultados de la presente investigación puedan contribuir para mejora del bienestar mental de los trabajadores sanitarios evaluados, ya que se ha considerado recomendaciones puntuales para la mínima proporción de participantes con niveles significativos de malestar psicológico.

## Capítulo uno

### Marco Teórico

#### 1.1 COVID 19

El coronavirus (Covid 19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus Sars-Cov 2, la cual, se la considera como una pandemia, ya que se propagó por todo el mundo, trayendo consigo graves implicaciones económicas, sociales, psicológicas, etc. Los coronavirus (COV) son una gran familia de virus, los cuales pueden causar afecciones que van desde un resfriado común hasta enfermedades más graves (Castro, 2020).

##### 1.1.1 Reseña histórica de la pandemia

###### **Origen.**

La Covid -19 tuvo su origen en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei). El 31 de diciembre del año 2019, el gobierno de China alertó a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) sobre diversos casos de neumonía causado por un virus desconocido. Por tal circunstancia, se generó una alarma sobre una nueva enfermedad desconocida hasta el momento.

El 7 de enero del 2020 se confirma a través de las autoridades chinas, la aparición de un nuevo coronavirus de la misma familia de otros virus que causan enfermedades respiratorias como el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave) o el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio). Tres meses después de su aparición se han producido más de 150.000 casos y cerca de 6000 muertos en todo el mundo. (Centro Europeo para el control de Enfermedades [ECDC] (2021).

En el mismo año, dentro de las primeras investigaciones, se estudiaron 10 muestras genéticas tomadas de pacientes procedentes de Wuhan que incluía ocho genomas completos

y dos genomas parciales, sus resultados son publicados por la revista *The Lancet*, el 13 de Enero del 2020, determinando que se trataba de un nuevo tipo de virus, de la familia *Coronaviridae*, emparentado con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y con el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) pero que no es igual a ninguno de ellos (Lu et al., 2020).

Según Ferré (2020) médico estomatólogo de la Escola de Pejoan, señala que el posible epicentro de esta enfermedad fue en un mercado de animales de Wuhan en la provincia de Hubei, ya que, en este sitio se evidenciaron los primeros casos relacionados con el contagio de la Covid-19. Por ello, existe la posibilidad de que la fuente inicial pueda ser algún animal, ya que los indicios de sintomatología respiratoria se detectaron en personas que trabajaban en un mercado donde se vendían animales salvajes. En principio se pensó erróneamente que no era altamente contagioso, ya que no había un registro de infección de persona a persona y por esta razón sólo se les hacía pruebas a las personas que sí presentaban sintomatología.

No obstante, la OMS (2020) en unos de sus informes concluye que la Covid – 19, se transmite de persona a persona, a través de gotas respiratorias de más de cinco micras. Debido a lo mencionado, el número de contagios creció exponencialmente en China continental para finales del mes de enero, reportándose 9.692 casos en toda China y 90 en diferentes países incluyendo Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania (Rothan y Byrareddy, 2020).

En Estados Unidos, la propagación del virus empezó específicamente en Washington, con un individuo que visitó a un familiar en Wuhan, el cual presentó síntomas como fiebre, tos, el cual solicitó atención médica el 19 de enero del 2020, esto en el continente americano (Holshue, 2020). En Europa, se presenta por primera vez, en Francia en una paciente, con

historia de haber visitado China (Provenzano, 2020). Asimismo, en Suramérica se reporta el 26 de febrero el primer caso con sintomatología leve, con historia de un viaje a Italia, y fue sometido a cuarentena (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020).

Es así como el Covid-19 se propaga en más de los 197 países en todo el mundo dando como resultado hasta el año 2020: 531.454.364 total de casos infectados y 6.298.003 total de fallecidos, cifras según el Coronavirus COVID-19 (Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University; CSSE - JHU, 2020).

**1.1.1.1 Sintomatología.** En la enfermedad leve los pacientes generalmente presentan síntomas de una infección viral del tracto respiratorio superior, que incluye fiebre leve, tos (seca), dolor de garganta, congestión nasal, dolor de cabeza, dolor muscular o malestar general. Los síntomas que más se evidenciaron en pacientes con Covid - 19 de todo el mundo, fue la anosmia o falta de olfato y la disgeusia o falla en el sentido del gusto. Además, síntomas como la hiposmia y la rinitis alérgica, la rinosinusitis aguda o crónica deben alertar a los médicos sobre la posibilidad de infección por COVID-19 y justificar una seria consideración para el autoaislamiento y las pruebas de estos individuos (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2020).

Según una investigación del National Library of Medicine (NLM, 2022) los síntomas que se presentaron al inicio de la enfermedad son: a) del 43 al 98% presentaron fiebre; b) del 68 al 82% tos; c) del 59.4% tos seca; d) del 38% al 44% mialgias (dolores musculares) o fatiga; e) el 31% disminución de la respiración; f) del 28% al 33 % esputo; g) el 4.8% congestión nasal; h) el 4% rinorrea secreción nasal; i) del 13.9% al 17.4% dolor de garganta se ha reportado ocasionalmente. Los síntomas de la enfermedad en más de un 80% son leves (fiebre, tos, expectoración, malestar general), mientras que aproximadamente el 20% pueden tener manifestaciones clínicas más graves (neumonía y complicaciones clínicas) que requieran ingreso hospitalario. Según la información china de Wuhan, las pruebas de temperatura, aunque prácticas, sólo tienen una precisión del 65% (Casella et al., 2022).

El diagnóstico del Covid -19 presentado por el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC 2019) dividieron las manifestaciones clínicas de la enfermedad por su gravedad se indicó lo siguiente: a) enfermedad leve, no neumonía y neumonía leve; esto ocurrió en el 81% de los casos. b) enfermedad grave, disnea, frecuencia respiratoria  $\geq 30$  / min, saturación de oxígeno en la sangre (SpO<sub>2</sub>)  $\leq 93\%$ , relación PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> [la relación entre la presión sanguínea del oxígeno (presión parcial de oxígeno, PaO<sub>2</sub>) y el porcentaje de oxígeno suministrado (fracción de oxígeno inspirado, FiO<sub>2</sub>)]  $<300$ , y / o infiltrados pulmonares  $> 50\%$  en 24 a 48 horas; esto ocurrió en el 14% de los casos. c) enfermedad crítica, insuficiencia respiratoria, shock séptico y / o disfunción orgánica múltiple (MOD) o falla (MOF); esto ocurrió en el 5% de los casos (Zhujun, 2020).

### **1.1.2 Consecuencias de la Covid 19**

La pandemia de la Covid 19 sin duda alguna es una crisis de salud, la cual ha afectado enormemente en el ámbito social de las personas creando así situaciones extremadamente desafiantes especialmente en los más vulnerables. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020) el impacto en los niños, niñas y adolescentes ha sido realmente devastador, ya que no sólo afectó a grupos reducidos sino más bien se ha convertido en un problema universal. Siendo así que los daños sociales, por el cierre de las escuelas, la falta de socialización, relaciones intrafamiliares negativas, entre otras, marcará sin duda un cambio en el curso de sus vidas, afectando su desarrollo psicosocial normal.

Para la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020) otro grupo vulnerable con una alta afectación social son los adultos mayores, en un estudio realizado en este grupo en Estados Unidos a través de internet, el 36% de la muestra de este estudio refleja niveles de estrés moderado y un porcentaje del 42.5% de los evaluados reflejó niveles de soledad crónica, esto durante el período de distanciamiento social. Por otro lado, se pudo identificar varios efectos negativos en la salud como deterioro en el área cognitiva y demencia, inactividad física, fragilidad, ya que realizaban más actividades en solitario y menos actividades presenciales. Al tomarse medidas más restrictivas de confinamiento ha

condicionado una baja en la respuesta inmunitaria y la disminución en la reserva funcional lo cual conlleva a una reducción en la capacidad intrínseca y por supuesto en la resiliencia (Emerson, 2020).

En el ámbito económico la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2021) nos dice que los niveles de pobreza se han incrementado en una magnitud que no se había observado en los últimos 20 años. Las medidas sobre el confinamiento sacaron a la luz, graves consecuencias no sólo en el sistema de salud sino también en la economía, e industria (Maquiña, 2020). Como consecuencia 8 de cada 10 personas viven con ingresos hasta 3 veces la línea de pobreza. Por otro lado, se ha podido observar el incremento en los niveles de informalidad, desprotección social e incremento en la división sexual de trabajo. Es decir, la pandemia ha impactado toda la economía global (Salameh et al., 2020).

Por ello cada gobierno tuvo que adaptar sus políticas públicas, acciones en pro a una mejora continua y recuperación de su economía en favor de la sociedad (Acevedo, 2019). Sin estas medidas la pobreza sería mayor aún y no habría podido transferir ingresos de emergencia a los hogares. Los gobiernos de la región implementaron 263 medidas de protección social de emergencia en 2020. Estas alcanzaron al 49,4% de la población, aproximadamente 84 millones de hogares o 326 millones de personas. Sin esas medidas, la incidencia de la pobreza extrema habría alcanzado el 15,8% y la pobreza el 37,2% de la población [Cepal] (2020).

El brote por COVID-19 ha ocasionado diferentes consecuencias que afectan de forma directa a las personas y el funcionamiento de una sociedad cambiante y por ende al ámbito laboral. Debido al cese de actividades económicas, los países están enfrentado aumentos en la tasa de desempleo desde el mes de marzo a la fecha, lo cual está generando muchas dificultades económicas en las familias y por ende afectando la economía del país; en este sentido se han registrado aumento de casos de estrés agudo y ansiedad en las personas que se encuentran desempleadas debido a la pandemia por COVID-19 (Brito et al., 2020).

La falta de empleo y por tanto de un ingreso o la disminución de los recursos económicos para el hogar, genera situaciones difíciles para garantizar la alimentación y otras necesidades de las familias. La mayoría de los hogares en América Latina se sostienen económicamente por medio de trabajos informales e incluso aquellos que tienen un trabajo formal se han visto afectados al presentarse el recorte del personal o la disminución salarial en las empresas, negocios y comercios de mediana economía, lo que conlleva una sensación de incertidumbre ante el futuro económico nacional (Brooks et al., 2020; Gaytán, 2020;).

Otras de las consecuencias a nivel social, que han sido evidentes tras la pandemia de la Covid -19 está relacionada también con el ámbito familiar (Santoro y Yi-Ling, 2020). Es así que para Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno (2021), se evidencia a nivel mundial y nacional, una reestructuración de la dinámica familiar ya que se observó que los integrantes de la familia tuvieron que acoplarse a estar dentro del mismo espacio, en ocasiones interrumpir la privacidad del otro, hubo violencia familiar, se tuvo que enfrentar la muerte de familias, amigos y vecinos, incrementando los estados de estrés y ansiedad.

Además, es importante mencionar que al dejar de ir a la escuela los niños y recibir clases virtuales por las restricciones de movilidad, aumentaron las horas de estímulos audiovisuales, lo que generó estar también presentes en conversaciones de adultos, con emociones muchas veces negativas. Es así que, las familias revelaron usar con mayor frecuencia el celular y permanecían conectados más de 4 horas; los efectos que se observaron fueron problemas de comunicación, poca o mala relación entre padres e hijos, conductas de enojo, fatiga y rebeldía, también existieron aislamiento y falta de autoridad por parte de los padres (Cedeño 2021; García, 2020; y Vera, 2021).

Sin duda otro ámbito afectado por la Covid -19 es el psicológico ya que durante la época de pandemia ha persistido una amplia variedad de riesgos asociados al estrés psicosocial y a trastornos de salud tanto mental como física, al igual que los efectos secundarios del confinamiento. Se debe conocer que la sobrecarga del confinamiento en casa

puede inducir en mayor grado a pacientes y familias con antecedentes de salud mental, dado que existe evidencia de que los desastres que causan esta patología en las personas, afectan de manera desmedida a las familias que son en su mayoría pobres y vulnerables, estos pacientes son quienes pueden estar entre los más afectados (Alcaina, 2006).

En la sociedad persiste una angustia, que se ha generado por la enfermedad o por la muerte de alguien cercano, provocándoles así muchas patologías entre ellas tenemos: el síndrome de estrés agudo y postraumático, la disminución de la concentración, el insomnio, la irritabilidad, el aumento de consumo de alcohol y drogas, la aparición de trastornos depresivos o ansiosos en las familias más vulnerables, donde se puede observar un mayor grado de afectación durante la cuarentena y continuará hasta mucho tiempo después de la pandemia (Balluerka, 2020).

### **1.1.3 COVID 19 en Ecuador**

Según el informe de la Organización Internacional de Trabajo [OIT] (2021), el Ecuador presentó varios problemas en la organización y administración gubernamental, los cuales, fueron mucho más visibles al encontrarse con una crisis de salud por la pandemia de la Covid-19 tales como: pocos recursos públicos destinados a la salud y condiciones económicas poco favorables los cuales no pudieron hacer frente a una respuesta efectiva y rápida a la crisis social, sanitaria y por supuesto económica.

La respuesta inicial frente a los primeros casos reportados se centró en medidas de aislamiento y control para evitar la propagación del virus, así como en el fortalecimiento de los servicios de salud. Estas fueron las primeras respuestas en momentos de gran incertidumbre sobre los alcances de la pandemia. Las consecuencias económicas fueron casi inmediatas debido a la suspensión total o parcial de las actividades económicas y sus efectos en el empleo. Paulatinamente, las acciones se encaminaron, por un lado, a atender las necesidades del sector de la salud y la detención de los contagios, y, por otro lado, hacia la reactivación económica y productiva (Cylus et al., 2020).

En ese mismo contexto, el 26 de enero del 2020, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSPE] (2020) anuncia el primer caso con sospecha de Covid -19, siendo un ciudadano extranjero de origen Chino de 49 años, el cuál presentaba sintomatología como temperatura, tos, flema, insuficiencia renal, entre otros síntomas relacionados con la enfermedad. Para su diagnóstico el MSPE envió las muestras al Centro de Control y prevención de enfermedades (CDC), dando un resultado negativo, el 4 de febrero el MSPE descarta la presencia del Sars Cov – 2, finalmente el paciente extranjero fallece por un cuadro de neumonía y hepatitis B (Guerrero, 2020).

Posterior a este suceso, el 29 de febrero del 2020, según reporte del MSPE (2020) el primer caso de Covid - 19 diagnosticado por el Instituto Nacional de Salud Pública e investigación (INSPI) se trataba de una mujer de nacionalidad ecuatoriana, proveniente de España, que ingresó al país el 14 de febrero por el Aeropuerto José Joaquín de Olmedo; se realizó el cerco epidemiológico en las 177 personas respecto a este caso, de los cuales 15 de ellos dieron positivo para Covid – 19. En tal sentido, el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 pandemia global, por tanto, el 11 de marzo la ministra de salud declaró el estado de emergencia sanitaria en el sistema nacional de salud donde se emiten diversos acuerdos ministeriales para enfrentar una emergencia sanitaria (MSP, 2020).

La crisis del COVID-19 está teniendo un fuerte impacto sobre las condiciones de vida de los ciudadanos de Ecuador. De manera muy directa, la pérdida de vidas humanas golpea al país en todo su territorio, con una incidencia muy especial en provincias como Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos. Además, las debilidades estructurales del sistema sanitario pueden llevar a que el impacto sea mayor, y están dificultando la respuesta a la crisis. En tal sentido, cabe destacar que el promedio de camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes es de 1.5 en Ecuador, frente a 4.7 y el número de doctores es de 2 por cada 1 000 habitantes en Ecuador, frente a un 3.5, esto según la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico [OCDE] (2020).

Dentro de este marco, la cronología de los principales eventos ocurridos en Ecuador comienzan, el 11 de enero del 2021 el Ministro de Salud (MSP, 2021) confirmó un primer caso de Covid-19 causado por la variante Alfa (B.1.1.7) el 12 de abril del mismo año se confirmó el primer caso con la variante Gamma (P.1). El 20 de mayo se confirmó la presencia de la variante Beta (B.135), la tercera variante de preocupación (VOC) en Ecuador. El 22 de junio se confirmó que la variante de interés Lambda (Andina o C.37). El 13 de julio, se confirmó la presencia de Delta, de preocupación. Y el 14 de diciembre del año que acabó se confirmó el primer caso con la variante Omicrón, mucho más contagiosa que todas las variantes previas (MSP, 2021).

Por otro lado, el MSPE (2022) informa que se realizan pruebas PCR sólo a casos sintomáticos y sus contactos. Un total de 2'950,255 personas se han realizado pruebas PCR a nivel nacional. Ecuador ocupa el penúltimo lugar en Sudamérica en realizar pruebas para diagnosticar Covid-19 a la población 168,484 pruebas por cada millón de habitantes. Se debe recordar que la curva de crecimiento de casos confirmados está vinculada, entre otros factores, con la tasa de testeo a la población, la rapidez en la obtención de resultados y el tiempo en que se cargan los resultados a la base de datos nacional.

Al cierre del primer trimestre de 2022, según el MSP (2022) se registraron 833.291 casos confirmados y 35.609 personas fallecidas. Si bien en Ecuador se registraría una de las tasas de contagios más bajas de la región, los resultados deben ser analizados considerando la capacidad de realización de pruebas diagnósticas que tiene cada país.

#### **1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones**

El personal sanitario ha sido la clave para enfrentar esta crisis en medio de una excesiva carga de trabajo, la cual ha vulnerado la salud mental y física de estos trabajadores. Al respecto algunos autores, describen ciertos factores que pueden condicionar este deterioro: miedo al contagio, la ansiedad por la salud propia y de los seres queridos, pérdida de familiares e imposibilidad de acompañamiento, dificultad de acceso a los

recursos sanitarios, falta de profesionales de la salud mental, consecuencias económicas, y la sobreinformación o la forma en la que se transmite la información a través de los medios oficiales y no oficiales (Mate y Lleras, 2020).

Del mismo modo, se describen síntomas como disminución del estado de ánimo, desgaste emocional, frustración, impotencia, Culpa, aturdimiento, alteraciones amnésicas, miedo, incertidumbre, nerviosismo, desconfianza en el medio, irritabilidad, insomnio y otros síntomas de estrés postraumático (Brooks et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud OPS, 2016). Por otro lado, profesores de la Universidad Complutense de Madrid en un estudio del malestar emocional y otros síntomas, advierten que “el 53 % de los profesionales presentan sintomatología compatible con estrés postraumático, y el 40 % se sienten emocionalmente agotados” (Luceño y García, 2020, parr. 1).

La OMS (2021), manifiesta que en cuanto al equipo de salud el personal de enfermería tiene mayor vulnerabilidad a manifestar factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar afecciones de la salud mental como la ansiedad, por su alta exposición al virus al realizar su trabajo y el temor al contagio tanto personal como familiar. Esto afectó al personal de salud por la repercusión emocional que implica enfrentarse a situaciones complejas y estresantes, que alteran los mecanismos de regulación emocional y la capacidad de adaptación a la vida cotidiana, por la excesiva carga laboral y disminución de los periodos de descanso, produciendo mayor predisposición a presentar ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga, que limitarían las funciones del personal de salud, afectando de forma directa la contención de la pandemia del COVID-19.

Otros ámbitos como el familiar y laboral también han sido afectados, ya que al haber aumentado la carga laboral ya sea por la ausencia de personal, incremento de pacientes contagiados o disminución en las nóminas, el tiempo que ha dedicado a la familia ha sido casi nulo, afectando a la cohesión familiar y su comunicación. Además, el profesional de la salud

de primera línea está en contacto directo con los pacientes y en consecuencia debió enfrentarse a un aislamiento social, en algunos casos como normativa y en otros por salvaguardar la salud de su familia, estos factores contribuyen al desarrollo de afectaciones a la salud mental como: soledad, ansiedad, depresión, ira, insomnio y fatiga (López, 2021).

## **1.2 Afectaciones en la Salud Mental**

Según Hernández (2020), manifiesta que una buena salud mental es indispensable, ya que ayuda a tener un equilibrio en todas las áreas en la vida del individuo, sin embargo la pandemia ha traído consigo una serie de afecciones tanto físicas, sociales, psicológicas y por ende a la salud mental; trastornos como ansiedad, depresión entre otras afecciones, perjudicando el bienestar emocional y calidad de vida de la sociedad en general.

### **1.2.1 Salud mental**

Para Carrazana (2002) la conceptualización de salud mental, se ha enriquecido a lo largo del tiempo con aportes de varios autores, enfocados en distintos ámbitos (social, clínico, psicológico), estas diferencias y hasta polémicas han enriquecido la definición del concepto de salud mental. Es así que, en el ámbito clínico, se considera a la salud mental como sinónimo de enfermedad mental y se asocia los criterios de la medicina tradicional para realizar su propuesta sobre la salud mental (Dávila, 1994).

De igual modo, en psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, et., al 1968). Por último, la OMS (2013), propone que, una buena salud mental, hará que las personas puedan lograr un mejor desarrollo de su potencial, superando las vicisitudes del diario vivir, mejorar su desempeño laboral y brindando un aporte a su comunidad.

**1.2.1.1 Ansiedad.** La ansiedad es definida como un estado de agitación, inquietud, y en algunas personas una de las sensaciones más frecuentes, llegando a ser, ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). Es importante citar que tanto el miedo como la ansiedad tienen manifestaciones un tanto parecidas; en los dos casos se aprecian sensaciones de aprensión, respuestas fisiológicas y motoras, pensamientos de peligro entre otras, por esto algunos autores lo llaman indistintamente con uno de los dos términos (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Sin embargo, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se distingue del miedo porque consiste en una respuesta más difusa, no tan focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo.

Los principales síntomas físicos, son las respuestas fisiológicas sobre nuestro cuerpo entre las más comunes que se han presentado en los pacientes con ansiedad tenemos: la taquicardia, sensación de ahogo, presión en el pecho, tensiones musculares, tensión en el estómago, mareo, sudores fríos, dificultad para conciliar el sueño, hormigueo en las extremidades, falta de apetito, comer en exceso sin tener hambre, vómitos, llanto (Marks, 1986).

Por otro lado, los síntomas cognitivos, están relacionados con el procesamiento de la información entre ellos están: dificultad para mantener la concentración y atención, pensamientos recurrentes de miedo, pensamientos excesivamente negativos y catastróficos, desorientación y pérdida de control, miedo a perder la razón, tristeza (Tobal 1996). Además, dentro de los síntomas conductuales se encuentra, comprobar constantemente que todo esté en orden, tener control en todos los ámbitos, problemas al relacionarse, evitan sitios concurridos, no salir sólo de casa (Sheaan, 1982).

Las causas de la ansiedad son variables en cada persona, sin embargo, se ha establecido algunas de ellas siendo las más comunes; puede ser hereditaria, es decir tener

una predisposición genética; acontecimientos vividos, situaciones imprevistas impactantes como robos, accidentes; distintos tipos de personalidad; medicamentos; consumo de alcohol y drogas (Mowrer, 1939).

Dentro de la evidencia empírica, se evaluaron a 421 profesionales entre 18 y 74 años, del total de participantes 338 eran mujeres y 83 eran hombres, pertenecientes al sistema de salud Público y privado de la Comunidad Autónoma del país Vasco y Navarra en España. El objetivo del estudio está relacionado con el ajuste psicológico y sintomatología psicológica del personal hospitalario en atención de primera línea a pacientes de Covid – 19. Para ello utilizaron la escala Anxiety and Stress Scala 21, dando como resultado a) ansiedad leve: 6.9% hombres, 1.4% mujeres; b) ansiedad moderada: 0.4% mujeres, 0.2% hombres; c) severa: 14.7% mujeres, 17.3% hombres, d) extremadamente severa: 6.2% mujeres, 1.0% hombres (Dosil et al., 2021).

En otro estudio descriptivo de ansiedad con corte transversal, participaron 61 profesionales entre 20 y 59 años ambos sexos, pertenecientes al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente en el estado del Pinar del Río en Cuba, cuyo propósito fue identificar síntomas de ansiedad en el personal de salud que atiende a enfermos con Covid – 19, se utilizó un instrumento no validado y confeccionado para dicho estudio, los principales resultados en cuanto a los síntomas resaltaron el a) nerviosismo, 57.1% en hombres y 52.5% en mujeres, con un 54.1% del total de participantes; b) fobia 39.34%; c) taquicardia 4.92%; d) sudoración 1.64%.

**1.2.1.2 Depresión.** El Instituto nacional de la salud mental [NIMH] (2001), en su conceptualización, menciona que el trastorno depresivo es una enfermedad, que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, la manera de actuar, la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza y no indica debilidad personal, como tampoco es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Asimismo, Beck (1976), propone que la persona con un desorden depresivo, presenta patrones de cognición negativos, producto de una distorsión del pensamiento ya sea de su presente o futuro. Por otro lado, según la OMS (2001), la depresión ocupa el cuarto lugar en la prevalencia de enfermedades, recomienda que un diagnóstico y tratamiento oportuno podrán disminuir futuros episodios depresivos en la población.

En ese mismo contexto, Vazquez citado por Vazquez y Sanz (1991) menciona los siguientes síntomas depresivos: síntomas interpersonales (no se relaciona con los demás); síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, disforia, sentimientos de abatimiento); síntomas motivacionales (apatía, indiferencia, anhedonia, pérdida de interés por actividades cotidianas y arreglo personal); síntomas cognitivos (pérdida de autoestima, auto depreciación, auto culpación); síntomas físicos (sueño, vómitos, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, estreñimiento, visión borrosa, pérdida del deseo sexual).

Así mismo, se plantea ciertas causas asociadas a este trastorno y con excepción de algunos casos de depresión coligada a enfermedades orgánicas (enfermedad de Parkinson, tuberculosis, etc.), la depresión se produce generalmente por la interacción de unos determinados factores biológicos (cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, componentes genéticos, etc.), con factores psicosociales (circunstancias estresantes en la vida afectiva, laboral o de relación) y de personalidad (especialmente, sus mecanismos de defensa psicológicos) (National Institute of Health, 2001). Muchos estudios muestran que hay

un componente genético en la depresión, aunque aún no se ha podido identificar un gen (Carranza, 2012).

Un estudio de depresión realizado en la ciudad de Lima y Callao en Perú en dos hospitales públicos de Nivel III, cuyo objetivo fue determinar un diagnóstico inicial de la salud psíquica del personal de salud, seguimiento, evolución. La población participante constó de 250 enfermeros y enfermeras, se utilizó como instrumento la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21), en los resultados se evidenciaron niveles de depresión: a) normal 75.4%; b) leve 18.2%; c) moderada 5.6%; d) severa 0.8%; e) muy severa 0.0%. En mujeres se presenta en un mayor porcentaje 38.5% mientras que en los varones sólo el 2.1% del total de participantes (Obando et al., 2021).

En otro estudio en la ciudad de Cuenca - Ecuador, la población participante la conformaron 92 sujetos del Hospital Santa Inés, su objetivo, conocer la salud psicológica determinando los niveles de depresión en el personal de salud de primera línea durante la pandemia de Covid – 19, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue el inventario de depresión estado – rasgo (IDER), los resultados demuestran Depresión estado de un 50% y depresión rasgo del 36%, de los cuales el 29% refiere sentir miedo al Covid – 19 (Peñañiel et al., 2021).

**1.2.1.3 Estrés.** El estrés, es definido como una sensación de incapacidad para asumir los retos que presenta la vida cotidiana, resultado de la inadaptación a una sociedad competitiva es decir que el entorno rebasa las posibilidades de respuesta de la persona, lo que causa una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor en la misma (Selye, 1956). Por el contrario, según Ávila, (2014) se le considera como uno de los problemas de salud más generalizados actualmente, ya que es un fenómeno multivariable resultante de la relación entre la persona y los eventos de su medio.

Entre los principales síntomas se encuentran los siguientes: a) fisiológicos, comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo

(aumento de la presión sanguínea, de la tasa cardiaca, de la actividad estomacal e intestinal, dolor de cabeza, entre otras). El efecto de esta respuesta sobre la salud puede ser fatal, deteriora el sistema inmunológico lo que podría causarnos enfermedad (Moscoso, 2009); b) emocionales, abarcan las sensaciones subjetivas de malestar emocional (temor, miedo, ansiedad, excitación, cólera, depresión, pérdida de la autoestima, incompetencia). Los problemas de salud mental son generados o exacerbados ante la exposición de eventos estresantes (García, 2016); c) cognitivas, existen tres tipos de respuestas cognitivas de estrés principales: la preocupación, la pérdida de control y la negación (Cassaretto, 2003).

Una de las principales causas de esta condición está relacionada con situaciones y presiones que para el individuo son categorizadas como estresores. No obstante, los síntomas del estrés estarían causados por factores externos si no también este puede ser autogenerado. Asimismo, se manifiesta cuando un individuo está expuesto de forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos, estos disminuyen su capacidad de respuesta y causan estrés (García 2016).

Un estudio en Lima-Perú, tiene por objetivo la identificación de la autopercepción del estrés y sus niveles en el personal de salud, para ello, participaron 348 personas que laboran en centros hospitalarios, se utiliza un instrumento de 36 ítems, realizado en función a la respuesta física, conductual y psicológica ante una situación estresante. Los resultados obtenidos están dados por niveles siendo a) bajo 19.5%; b) medio 21.8%; c) alto 58.6%. Existe un predominio en las reacciones físicas con un 79.3% (Marquina & Adriazola, 2020).

Otro estudio en la misma ciudad de Lima, cuya población de estudio pertenece al Hospital nivel III – 1 en Agustino y que laboran en primera línea durante la pandemia por Covid – 19, su objetivo radica en la identificación del estrés en profesionales de enfermería. Para la muestra participaron 102 enfermeros, se les aplicó el instrumento de medición The Nursing Stress Scala o NSS, compuesto por 34 ítems, sus resultados corresponden a un

predominio del nivel bajo con un 47.1%; medio en un 42.2% y alto de 10.8% (Aldazabal, 2020).

**1.2.1.4 Burnout.** La definición del Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés crónico y su falta de afrontamiento, causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este tiene consecuencias muy graves, tanto en la esfera física como psicológica (Maslach 1986). Por otro lado, Gil (1999) al igual que algunos autores coincide que no es una respuesta adecuada al estrés crónico y lo define como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado" (p. 261)

La sintomatología en relación con la esfera emocional se observa, la evitación afectiva como mecanismo de defensa, cinismo, irritabilidad, aburrimiento, impaciencia, desorientación, sentimientos de omnipotencia, dificultad de concentración incluso en tareas cotidianas, tendencias depresivas, hipersensibilidad a la crítica, limitación en toma de decisiones, bloqueo mental (Aceves 2006). Asimismo, se observa signos psicósomáticos asociados a la pérdida de peso, fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza, insomnio, problemas gastrointestinales, dolores musculares (Rodríguez, 2010).

Finalmente dentro de los indicadores de malestar conductual están las explosiones emocionales de ira, ansiedad o baja autoestima, absentismo laboral, consumo excesivo de fármacos, alcohol, tabaco, café, incapacidad para relajarse, comer en exceso, relación social superficial y pérdida de interés por relacionarse; en el ambiente laboral: disminuye la capacidad de trabajo, aumentan las dificultades con los compañeros y el trato hostil, comunicación deficiente, alta tasa de cambios de trabajo, disminución en la calidad de sus tareas e insatisfacción por el trabajo realizado (Cano 2002).

Las principales causas son: carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para

desempeñar las tareas, componentes personales como edad, género, personalidad, factores ambientales como divorcios y/o matrimonios puede llegar a padecer un estrés crónico que acaban provocando el burnout (Quinceno, 2007).

Un estudio realizado en profesionales de la Salud del Hospital de Bolívar, para lo cual participaron 103 individuos, 60 mujeres y 43 varones, tuvo como objetivo describir los niveles del síndrome de Burnout del personal sanitario en tiempos de Covid - 19 como instrumento utilizaron el Inventario de Burnout de Mashlach y Jackson (MBI), los resultados reflejan que el 71.8% se ubican en un nivel bajo de Burnout asimismo un 28.2% corresponde a niveles medios. En cuanto a sus dimensiones predomina niveles bajos de: a) cansancio emocional 86.4%; b) despersonalización 98.1%; por el contrario, en realización personal corresponde a un nivel alto del 64.1% (Yáñez, 2022).

Otro estudio realizado en 380 profesionales de la salud en Ecuador que ejercen su práctica profesional en el ámbito público y privado, en la toma de muestra se utiliza la prueba de Maslach autoadministrada, el principal objetivo analiza la frecuencia de dicho síndrome y su comportamiento asociado a factores sociodemográficos y laborales. El promedio de trabajo semanal va desde 4 a 200 horas con un total de 45 horas laborales. Como resultado se evidencia que las áreas afectadas con riesgo alto correspondientes al 8.59%, tuvo afectación en las tres áreas (Logros personales, despersonalización, agotamiento emocional) siendo un problema severo; el 42% involucran dos áreas siendo la despersonalización la más frecuente por sí sola (Torres et al., 2021).

**1.2.1.5 Alteraciones del sueño.** De acuerdo con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, en su tercera edición (ICSD -3) de la Academia Americana de Medicina de Sueño (AASM) los trastornos del sueño: “son una alteración en el ciclo de sueño - vigilia, en el que se ven afectados la consolidación y mantenimiento del sueño repercutiendo en distintas áreas de funcionamiento de la persona” (American Academy Sleep Medicine, 2014). En ocasiones, los trastornos del sueño aparecen como efecto de otras enfermedades y constituyen factores de riesgo para la aparición de otras patologías: insomnio, hipertiroidismo, enfermedades psiquiátricas, depresión, abuso de hipnóticos, estrés emocional, sedantes, antidepresivos (Harvey, 2005).

Los Trastornos del Sueño consisten en una amplia variedad de desórdenes relacionados con el acto de dormir, y afectan el desarrollo habitual del ciclo biológico sueño-vigilia (Ohayon, 2011). Estos desórdenes son muy variados, e incluyen síntomas diversos. Tener dificultad para conciliar el sueño o incapacidad para permanecer dormido un tiempo suficiente son consecuencias habituales; también la propensión a quedarse dormido en momentos inadecuados, dormir excesivamente o incluso manifestar conductas anormales durante el sueño (Ram et al., 2010).

Según estudios, la sintomatología de las alteraciones son variadas ya que están ligadas o acompañadas por otros trastornos como ansiedad, burnout entre otros, los síntomas más relevantes, dependiendo del tipo tenemos: insomnio, somnolencia diurna, parasomnias, bruxismo nocturno, pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, narcolepsia, ronquido, apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas (American Academy Sleep Medicine, 2014).

Se realizó un estudio de tipo transversal ejecutado en Polonia, cuyo objetivo fue identificar los trastornos del sueño y sus variables en el personal médico durante la pandemia del Covid – 19, la recolección de datos estuvo aplicado de manera online a 336 participantes a través del instrumento Insomnia Severity Index (ISI), en un período de 7 días. Los resultados descriptivos según la escala ISI muestran que del total de participantes el a) 18.8% sin

insomnio clínicamente significativo; b) 36.0% insomnio subumbral; c) 34.5% insomnio clínico gravedad moderada; d) 10.7% insomnio clínico grave. En cuanto al sexo, en mujeres el riesgo tuvo una mayor frecuencia que los hombres con un porcentaje de 13.73% y 10.73% respectivamente (Krupa et al., 2021).

Otro estudio aplicado en la población del personal médico de Brasil, investigó la prevalencia de trastornos y los factores asociados a este cuadro en pandemia por Covid -19, participaron un total de 332 individuos donde 227 eran mujeres, en la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos Insomnia Severity Index (ISI), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), los resultados mostraron que el 65.6% presentan síntomas compatibles con: a) insomnio leve 37.2%; b) moderado 23.3%; c) severo 5.1%. Por otro lado, el 74% tiene dificultad para iniciar el sueño, 66.5% no consigue despertarse temprano, 66.2% problemas para continuar durmiendo y el 75.8% manifiesta que interfiere en sus actividades diurnas, actividades de concentración, memoria y estado de ánimo (Araujo et al., 2021)

### ***1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios***

En el estudio de la Universidad Autónoma de Chile, los autores Miranda y Murguía (2021), realizan un estudio para determinar, síntomas asociados a la depresión y ansiedad en los profesionales de la salud, la muestra estuvo constituida por 61 participantes en edades entre 20 y 50 años, de ambos sexos, los cuales se encontraban en primera línea de atención a pacientes de Covid – 19. Los resultados dentro de los síntomas asociados con la ansiedad, predominó el nerviosismo con un porcentaje del 57.1% en hombres y el 52.5% en mujeres. Por otro lado, en la depresión, el síntoma relacionado fue el cansancio, el cual afectó el 59.02% de los evaluados. Así mismo el 90.16% manifiesta la preocupación a la hora del fallecimiento del paciente. Para concluir, observaron que del 60.66% del total de participantes, consideran que el periodo ideal para evitar los trastornos de ansiedad y depresión era de 7 días.

En el siguiente estudio de carácter observacional en profesionales sanitarios de Ecuador, se evalúa e identifica factores asociados al síndrome de Burnout, en tiempos de pandemia, para ello se aplica la prueba de Maslach entre 380 profesionales de la salud, el resultado se enfoca en distintas áreas como: logros personales, despersonalización y agotamiento emocional, el 8.59% del total de los evaluados tuvo afectación alta en las tres áreas es decir con riesgo alto o representa un problema severo, por otro lado el 42% sólo tuvieron dos de las áreas involucradas. Otra de las variables estudiadas fue la carga horaria, la cual tuvo una relación significativa, se encontró que el riesgo es de casi 5 veces mayor en médicos que trabajaron más de 60 horas por semana (Torres et al., 2021).

Otro estudio que estuvo cargo la autora Aldazabal (2020), buscó determinar otra de las repercusiones como el estrés, en enfermeros de la ciudad de Lima en época de pandemia, dicho estudio utilizó la técnica de encuesta, la muestra estuvo conformada en 102 enfermeros y se aplicó la Escala de Estrés en enfermeros (NSS), los resultados arrojaron que predomina el nivel medio en el ámbito psicológico con un porcentaje del 47.1%, el nivel bajo fue del 42.2% y el alto de 9.8%. En el ámbito social predomina el nivel bajo con 55.9% y en el nivel Físico predomina el nivel bajo con 57.8%.

Finalmente, otro estudio relevante, realizado por los autores Arriola et al., (2021) en Perú, el objetivo fue medir la calidad del sueño y sus alteraciones en residentes durante la época de pandemia, para ello se utilizó el índice de Pittsburg (IP), la muestra fue de 107 médicos que trabajaban en primera línea a nivel nacional y en época de pandemia, en los resultados se evidenció un porcentaje del 89.71% de los evaluados tenían problemas del sueño, esto ligado al 68.2% se les presentaba antojos y ganas de comer más en especial de azúcares simples.

### **1.3 Variables psicosociales relacionadas con la salud mental**

Para Barrientos (1974) es sumamente importante la interacción del hombre con el medio, ya que este juega un papel indispensable en su conducta, por tanto, las variables o

cambios a los cuales está expuesto y su falta de adaptación puede generar desajustes emocionales y problemas de conducta es decir se manifestarán en lo que llamamos enfermedades psicosociales.

### **1.3.1 Inflexibilidad psicológica**

La conceptualización de inflexibilidad psicológica se refiere a evitar las experiencias desagradables a pesar de que haya algún resultado favorable, o dicho de otra manera, incluye el control inflexible del comportamiento por parte de emociones y pensamientos positivos. Por lo general se presenta en diversas patologías como son: trastornos afectivos, ansiedad, depresión, adicciones, bulimia, depresión entre otros. En ese mismo contexto, hay ciertos elementos que se ven afectados como la aceptación, auto concepto, disfunción cognitiva, conciencia del momento presente, acción comprometida, etc. (Morrison et al., 2014).

Algunos autores manifiestan que la inflexibilidad psicológica está ligada consecuentemente a una afectación psicológica y emocional, esto repercute directamente en el trato de sus pacientes, como consecuencia una menor calidad en la atención, esto, gracias a la pérdida de interés del bienestar de los demás. Por otro lado, tienden a manifestarse pensamientos negativos, malestar, displacer en sus actividades cotidianas. Estas manifestaciones, por lo general están ligadas a otro tipo de trastornos como Burnout, se desarrollan después de haber sido expuestos a diversos tipos de estrés, así como el aumento de pacientes, agotamiento emocional, aumento en su jornada laboral, por ende se produce una percepción de ineficacia en el desempeño laboral (Molero et al., 2020).

Dentro de un estudio empírico, se analizó la posible incidencia de la inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios, en ciencias de la salud y del sector educativo. Intervinieron 316 participantes, de 22 y 75 años distribuidos en grupos según su profesión, en la recolección de datos se emplea cuatro preguntas abiertas en referencia a sensaciones y pensamientos, se incluyen variables sociodemográficas. El resultado refleja un pronunciado miedo a la pandemia en un 41.1% de los participantes, siendo el 23.7% de educadores y en

menor porcentaje el personal de salud en un 2.5%, el 69.6% afrontó el confinamiento con normalidad, un 36.4% de mujeres presenta miedo a la pandemia y en menor porcentaje en hombres 4.7%. En el análisis de las variables cuantitativas muestra que el 69% del total, revela que los mejores valores corresponden a expectativas positivas (Valiente Barroso et al., 2020)

### **1.3.2 Soledad y Apoyo Social**

El término soledad se refiere según Rotenberg et al., (1999), a un sentimiento que todos los seres humanos lo experimentarán a lo largo y en cualquier etapa de su vida, al aparecer está presente en todas las culturas y es inherente a la condición humana, podría surgir de la necesidad de pertenencia o de establecer relaciones sanas y duraderas socialmente. Asimismo, Rogers (1981) hace énfasis especial en dos tipos de constructos; carencia voluntaria de compañía y su distanciamiento de sí mismo, así como la carencia involuntaria de compañía o distanciamiento social y falta de comunicación como definición de soledad.

Por otro lado, el apoyo social es sumamente importante para proveer sentido a la vida, orientados siempre con el cuidado y promoción de la salud, derivado de un entramado social e insertado en una red de derechos y obligaciones. En el campo de la psicología el modelo y concepto de apoyo social, ha hecho énfasis en redes de apoyo familiares, compañía, creación de estrategias en pro a mejoras en la calidad de vida, resolución de situaciones críticas, procesos de autogestión comunitaria (Dabas, 1993; Fuster, 1997; Sluzki, 1996).

Las consecuencias en el personal de la salud por la crisis de la Covid – 19 ha sido casi inevitable, ya que ha alterado su bienestar psicológico, dando como resultado sentimientos de soledad, aunado con sentimientos de abandono, tristeza, sumado a esto la falta de apoyo social, debido a la emergencia sanitaria que generaba un aislamiento social, en este contexto muchos de los profesionales de la salud han sido alejados de familiares y amigos con la posibilidad de no verlos durante un largo o indefinido periodo de tiempo, imposibilitando el acceso a una red de apoyo (Fernández, 2005).

Como lo menciona Casallo (2017) la importancia de que cada profesional de la salud reciba el apoyo social adecuado para poder afrontar situaciones adversas y de cambio y pueden responder de manera sana y asertiva.

En el siguiente estudio empírico, se investiga los resultados del programa de intervención en variables psicosociales como soledad, apoyo social, estado emocional; la muestra participante corresponde a 45 personas adultas mayores, en confinamiento por pandemia de Covid – 19, que residen en una vivienda pública de la ciudad en Cuenca – España. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos: Escala de Soledad UCLA, Cuestionario Apoyo Social Funcional de Duke, Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg, Mini Examen Cognoscitivo (MEC) 30 – de Lobo. Como resultado se evidencia a) puntuación inferior a 32 normal en el cuestionario de apoyo social de Duke; b) 4.31 en la escala de ansiedad superando el punto de corte 4; c) 2.82 correspondiente a mejora en la escala de depresión después de la intervención; d) la variable de soledad está debajo de 31, nivel moderado.

El siguiente estudio analiza la relación de sentimientos de soledad frente al distanciamiento social, confinamiento por la pandemia de la Covid – 19 y el impacto psicológico en la población. Participaron 653 individuos entre profesionales de la salud, estudiantes, empresas y población en general, residentes en Argentina y España. Para la recolección de los datos se aplicó el instrumento UCLA Loneliness Scala para medir soledad y el cuestionario Adult Self Report (ASR) que evalúa sintomatología clínica. Los resultados reflejan: a) percepción de soledad correspondiente al  $M = 1.45$  falta de compañía; b) resultado vinculado a problemas internalizantes: 1.1% corresponde a preocupación por su futuro; d) Nivel de correlación positiva con una fuerza media considerable entre los sentimientos de soledad y síntomas de ansiedad y depresión.

### **1.3.3 Estrategias de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984), la define como una respuesta adaptativa, utilizando estrategias cognitivas y conductuales, que tienen como objeto la resolución de situaciones, modificando conductas y generando soluciones asertivas y alternativas, las cuales van a modificar la fuente del estrés, la creación de estas estrategias dependerá de la capacidad de cada individuo al evaluar la situación o el evento, así como buscar un apoyo social eficaz y conseguir un equilibrio psico social. Estos autores manifiestan que la capacidad de respuesta del individuo dependerá de los recursos propios y ambientales que posea, para enfrentar las múltiples demandas de la vida.

En la misma línea, la OMS (2020), manifiesta ciertas estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud en tiempos de pandemia; a) conocer estrategias de afrontamiento del estrés, buscando estrategias para su manejo. b) adoptar una actitud positiva de solución de problemas; c) propiciar emociones agradables; d) participar en actividades con colectivos, a través de video conferencias, incrementan la sensación de pertenencia y acompañamiento; e) participar en actividades de ocio y ejercicio; f) alimentación sana y equilibrada; g) utilizar los accesos y recursos y soporte de bienestar mental; h) apoyo familiar y social; i) apoyarse en hábitos y creencias religiosas j) mantener una rutina saludable de sueño.

La evidencia empírica de un estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico de Cajamarca, busca identificar las estrategias de afrontamiento así como los niveles de estrés en el personal, el estudio es de carácter cuantitativo – descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 44 participantes, en la recolección de información se empleó la Escala de afrontamiento utilizada por López y Marvan que consta de 26 preguntas cerradas, 14 dirigidas al afrontamiento activo y 12 al afrontamiento pasivo. Los resultados reflejan que el porcentaje de respuesta como estrategias de afrontamiento fue del 66% del personal en estudio (Chilón, 2021).

El siguiente estudio, busca determinar la relación entre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud del Hospital Virgen de Fátima de Sullana, para ello participaron 260 individuos y se utilizan dos instrumentos el cuestionario de estrés laboral Ivancevich y Matteson y el inventario de afrontamiento Brief – Cope 28, el resultado muestra que el 53.1% utiliza las estrategias de afrontamiento obedeciendo a cada circunstancia, siendo la emoción la más utilizada con un porcentaje del 50.8%, por tanto el recurso afectivo es utilizado por el profesional y se activa sólo en casos de alta demanda laboral (Delgado, 2022).

#### **1.3.4 Retos y desafíos de la Covid – 19 en profesionales de la Salud**

Los autores Fuentes y Angulo (2020) manifiestan, que dentro de los principales desafíos en países de Latinoamérica en su sistema de salud, ha sido la falta de equipamiento en los hospitales, falta de insumos y equipos de autoprotección, pocos recursos humanos, falta de presupuesto para el sector de la salud, inequidad social en accesos de atención médica y adquisición de medicamentos. Por otro lado, también está la falta de laboratorios para la detección temprana del virus, e institutos especializados para la investigación de patógenos y su oportuna respuesta en la comunidad.

En países como Cuba, los profesionales de la salud hacen frente a distintos retos, que van desde la prevención, control y cuidados de la población a nivel comunitario, en función del avance y propagación de la epidemia. El aumento de casos que requieren una atención especializada en el área de cuidados intensivos y ventilación, reiteran la necesidad de reforzar la formación y capacitación profesional en el manejo clínico de los pacientes así como en la transmisión de infecciones en áreas de atención de primera línea, sin embargo, está limitado por su poca capacidad financiera (Guanche, 2020).

Otro de los retos significativos está en el área psicológica en médicos generales de primera línea en Colombia, el estrés psicológico como consecuencia de extensas jornadas laborales, falta de insumos, poca remuneración, alto número de defunciones, repercute negativamente en el área cognitiva, emocional y comportamental. Los médicos generales en

la mayoría de las ocasiones prestan una atención primaria en auxilios psicológicos. Frente a esto, radica la importancia de una respuesta ágil de las entidades gubernamentales para garantizar una adecuada salud emocional de cada profesional y por ende a una mejora en su práctica clínica (Montes & Campo, 2020).

Asimismo, están las oportunidades y estrategias para mejorar el servicio de salud, creando estrategias y prioridades en la atención de salud mental y apoyo psicológico tanto en prestadores de la salud como en los pacientes, capacitación al personal de salud, evaluar la carga laboral y sus repercusiones, darle prioridad por parte del Gobierno a una transformación en el sector de salud adjudicando un presupuesto que responda a las necesidades de los profesionales así como de la población en general, la constitución de la República tiene un papel fundamental en la creación de leyes en pro mejoras de la calidad de vida del individuo con el acceso a un sistema de salud eficaz, por último la consolidación y sostenibilidad del sistema a través de lecciones aprendidas (Ayala et al., 2021).

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Objetivos

##### 2.1.1 *Objetivo general*

Determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de la Covid – 19 en el sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.

##### 2.1.2 *Objetivos específicos*

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.
- Determinar los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.
- Identificar la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.
- Identificar la calidad de sueño que posee la muestra participante del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.

#### 2.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario del sector público de la ciudad de Quito durante la pandemia del Covid – 19 en el año 2022?
- ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022 en la pandemia del Covid - 19?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación a estrés, ansiedad y depresión del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022 en la pandemia del Covid - 19?
- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante del sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022 en la pandemia del Covid - 19?
- ¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

### **3.1 Diseño de investigación**

#### **3.1.1 No experimental.**

En este diseño, la investigación es no experimental, es decir, sin manipulación de las variables, se basa en la observación de fenómenos tal como se dan (Cáceres, 1996). Por consiguiente, la presente investigación corresponde a este diseño, ya que no hubo la intervención directa del investigador ni modificación alguna en el contexto o las variables de la misma.

#### **3.1.2 Transversal.**

Recolecta datos de un solo momento y en un tiempo único, compara determinadas características o situaciones de los participantes en la misma temporalidad (Hernández et al., 2010). Es así que, esta investigación analiza la incidencia de las variables en un momento dado, correspondiente a los meses de mayo a julio del 2022.

### **3.1.3 Exploratoria.**

Estudia e investiga patrones significativos y concretos de una realidad, la cual no ha sido analizada en profundidad (Ortega, 2021). Por tanto, esta investigación es exploratoria ya que tiene un primer acercamiento de una realidad latente, como es la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia del Covid – 19 e incrementar el conocimiento de una temática nueva o poco estudiada.

### **3.1.4 Descriptiva.**

Es aquel tipo de estudio que relata todos y cada uno de los componentes principales de una situación o realidad, así como sus procesos hasta obtener una imagen de su estado (Anguera et al., 1998). Por esta razón, corresponde a este diseño de investigación ya que recolecta y describe detalladamente información y repercusiones de las variables en la salud mental de aquellos profesionales de la salud que están en primera línea de atención a pacientes con Covid – 19.

### **3.1.5 Cuantitativa.**

Se efectúa cuando es importante para el investigador obtener conclusiones estadísticas, a través del estudio y análisis de la realidad mediante procedimientos basados en la medición, siendo sus resultados generalizables (Kazdin, 2002). En base a lo antes mencionado, este estudio es de carácter cuantitativo, ya que se ha recogido datos numéricos a través de una medición sistemática y empleando un análisis estadístico en la verificación de los posibles resultados.

## **3.2 Población y muestra**

### **Población.**

Se entiende por población al grupo de individuos que caracterizan un fenómeno a estudiar, esta posee rasgos y especificaciones comunes que son objeto de estudio y originan

los datos de la investigación. Los atributos propios de cada población se encuentran delimitados en el análisis del problema de investigación; por otro lado, posee la característica de ser cuantificada, estudiada, medida. Además, debe estar claramente delimitada con respecto a sus características de lugar, contenido y tiempo (Arias, 2012).

La población del presente estudio estuvo conformado por el personal sanitario del sector público de la ciudad Quito. Por consiguiente, es importante mencionar que el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022) publicó el último Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS) 2022, este se constituye como la fuente principal de información sobre temas de salud a nivel nacional. Según este reporte, en 2019, la tasa de médicos fue de 27,8% por cada 10.000 habitantes, la tasa de psicólogos fue del 1,1% por cada de 10.000 habitantes, la tasa de enfermeras fue del 19,5% por cada 10.000 habitantes.

#### **Muestra:**

Por otro lado, la muestra corresponde al subgrupo de elementos y características representativos de la población de estudio (Castro, 2003). Por ende, la muestra procesadora de esta investigación está constituida por 43 individuos que laboran en el ámbito de la salud pública de la ciudad de Quito de la parroquia de Calderón. El tipo de muestreo fue accidental no probabilístico; consiste en la toma de una muestra que permite recoger opiniones, sugerencias, síntomas o comentarios de una forma sencilla, los participantes son llamados de manera voluntaria, de forma casual y se encuentran a su disposición, en un lugar y tiempo limitado (Sabino,1992).

#### **3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión**

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, para este trabajo de fin de carrera se consideraron los siguientes:

##### **Criterios de inclusión**

- Encontrarse en situación laboral activa.

- Firmar el consentimiento informado (apéndice 2 Consentimiento informado).
- Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.
- Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).
- Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.

#### **Criterios de exclusión**

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

### **3.3 Recogida de información**

#### **Cuestionario Ad-hoc sociodemográfico**

Este cuestionario es una herramienta eficaz, que permite recolectar información general de un grupo de personas, dicho instrumento recopila información de la población de estudio, a través de preguntas o ítems, los datos recabados incluyen atributos como la edad, género, lugar de residencia, nivel de ingresos, educación, años de experiencia, tipo de contrato, tipo de trabajo, estado civil, años de experiencia laboral, entre otras. Por consiguiente, permite tener una visión más profunda de la población objeto de estudio (Ortega, 2021).

#### **Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)**

Es un instrumento de medición que sirve para detectar, evaluar y medir el síndrome de burnout, dentro de este contexto la conceptualización del burnout no es más que el agotamiento causado por un estrés laboral crónico y surge como una respuesta a estresores interpersonales crónicos que se presentan en el ámbito laboral y por la falta de estrategias de afrontamiento del individuo. El agotamiento emocional, la despersonalización que son las

características propias del burnout, afectan tanto en el ámbito social, psíquico y desenvolvimiento adecuado del sujeto en el trabajo (Mashlach et al., 1986).

Está compuesto por 22 ítems los cuales valoran los principales síntomas asociados con el burnout. Se subdivide en tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE) 9 ítems, Despersonalización (DP) 5 ítems y Realización Personal en el trabajo (RP) 8 ítems, obteniéndose una puntuación que luego puede ser estimada como baja, media o alta. Cada ítem está valorado mediante la escala tipo Likert que va desde 0 que corresponde a nunca hasta 6 que corresponde a todos los días. Con respecto a las propiedades psicométricas el alfa de Cronbach oscila entre 0.84 a 0.89 (Mashlach et al., 1986).

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

Este instrumento evalúa el nivel de ansiedad, depresión y estrés que padece un sujeto, para ello, se toman en consideración cada uno de los síntomas presentados, excluyéndose los que se podrían encontrar en ambos trastornos como la falta de apetito. Consta de 21 ítems o preguntas, las cuales son respondidas en una escala tipo Likert un rango de respuesta del 0 al 3 (nada aplicable en mí; aplicable a mí en algún grado; aplicable en mí en alto grado; muy aplicable en mí). De manera general este test presenta una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.85 y 0.83 (Lovibond & Lovibond, 1995).

La escala de estrés mide la dificultad para relajarse, impaciencia, irritabilidad, agitación, tensión y es sensible a niveles de activación crónica. La escala de depresión ha demostrado el ánimo triste en su evidencia empírica, por tanto, incluye ítems que examinan la disforia, autodepreciación, desesperanza, desvalorización de la vida, falta de interés, anhedonia e inercia. La escala de ansiedad incluye ítems que evalúan activación fisiológica (temblor, aumento latidos cardiacos, sudoración en las manos), sensación subjetiva de afecto ansioso, ansiedad situacional y preocupación acerca de pérdida de control, pone énfasis en los vínculos entre la ansiedad, como anticipación de eventos negativos principalmente de naturaleza psicológica, y la respuesta aguda de miedo ante una amenaza inmediata de daño.

Con respecto a la confiabilidad se reportan valores de alfa para la escala de Depresión de 0.85; para la escala de Ansiedad de 0,83; para la escala de Tensión/Estrés es de 0.73 y para la escala total es de 0.91 (Mella et al., 2014).

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

Este instrumento se crea como una necesidad de obtener una medida válida y fiable para la evaluación e identificación de trastornos como la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, asimismo para el desarrollo de estrategias que permitan menguar el sufrimiento psicológico, lograr acciones en un estilo de vida saludable sin que interfieran miedos, experiencias negativas y sentimientos de desesperanza y sentimientos de incomodidad. Los valores de consistencia interna en todos los estudios han resultado adecuados, oscilando los valores de Cronbach igual a 0.93 y 0.94. Las respuestas de los 7 ítems que la componen, se responden en una escala Likert con un rango del 1 al 7 donde corresponde a nunca y siempre respectivamente. Su puntuación corresponde de 7 a 49 siendo las puntuaciones más altas reflejan inflexibilidad psicológica. (Ortega, 2021).

### **Escala de Soledad (UCLA-3)**

Es un instrumento validado que permite la evaluación de la soledad social o falta de aceptación por otros, marginalidad, aislamiento; así como, la soledad emocional y su ausencia de relaciones de apego (Bolwby, 1982). Por tanto, este test está basado en la conceptualización de soledad, el cuál varía en intensidad y como consecuencia de los déficits relacionales de la persona. El más utilizado está conformado por 20 ítems compuestos por factores de intimidad y sociabilidad para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: "Nunca", "Raramente", "A veces" o "A menudo", cada respuesta de los ítems se contesta en una escala de Likert del 1 al 4. Tiene alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 (Morejón & García Bóveda, 1994).

### **Índice de calidad de sueño (PSQI)**

Este instrumento permite valorar la calidad del sueño en el individuo adulto y si está asociado a diversos trastornos como la ansiedad, estrés agudo, episodios depresivos mayores. De esta forma, proporciona información que puede servir, en un primer momento, para descartar la necesidad de una evaluación del sueño más objetiva y costosa en una persona que no tiene realmente problemas de sueño o, por el contrario, para indicar la necesidad de recurrir a un diagnóstico y tratamiento (Araujo et al., 2015).

Consta de 24 preguntas, las primeras 19 son contestadas por la propia persona y las últimas 5 contesta la pareja o compañero de habitación lo que ha experimentado durante el último mes. Consta de 7 dimensiones calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Las opciones de respuesta para estas preguntas son siempre las mismas (ninguna vez durante el último mes, menos de una vez a la semana, entre una y dos veces a la semana, o tres o más veces a la semana), está basada en una escala tipo Likert que va de 0 a 4; la suma de las puntuaciones de las 19 preguntas, o la puntuación total, indica la calidad del sueño general de la persona evaluada (Araujo et al., 2015).

La puntuación total puede oscilar entre los 0 y los 21 puntos. A mayor puntuación total peor calidad de sueño, una puntuación total inferior o igual a cinco en la escala de Pittsburgh indica que, en general, su calidad de sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a cinco sugiere que tiene problemas de sueño, de mayor o menor gravedad. Refiere una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.72 (Ortega, 2021).

### **3.4 Procedimiento**

1.- Como primer paso se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos científicos: Scopus, dialnet, Science direct, asimismo en buscadores académicos como google escolar y semantic scholar, para la búsqueda se ingresaron palabras claves (estrés, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, covid- 19, personal sanitario, Ecuador, OMS, MSPE, etc.) y operadores booleanos (“and” y “or”).

**2.-** Como segundo paso se realiza el diseño de investigación que se utilizó para llevar a cabo el presente estudio, este se encuentra detallado en el punto 3.2 del capítulo 2 correspondiente a la metodología; por otro lado, se identifica que el tipo de muestra fue de accesibilidad – accidental no probabilística.

**3.-** Como tercer paso se realiza la recogida de información: a) se envía el oficio de autorización para la recogida de información a 7 instituciones de salud ubicadas en la ciudad Quito. b) expidió la documentación solicitada por cada hospital previo a la autorización. c) se realizó el seguimiento en un periodo de 15 días hábiles, en la espera de una autorización positiva en cada casa de salud. d) con la aprobación para la recogida de información de una casa de salud en el sector de Calderón, se coordina mediante un cronograma la aplicación del instrumento en el personal de salud en el mes de mayo 2022. e) organizo y preparo la batería psicológica en 40 copias y su respectivo consentimiento informado. f) se realiza la aplicación del instrumento en el personal de salud desde el lunes 16 de mayo hasta el viernes 27 de mayo del 2022. g) procesar los datos recogidos a lápiz y papel en la aplicación web de la universidad.

**4.-** El análisis de base de datos se lo realizó a través del software de Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) por sus siglas en inglés, previo una depuración de la base de datos. El análisis descriptivo en las variables cuantitativas de las medias y desviaciones típicas de las variables cuantitativas, se utilizan porcentajes y frecuencias para resumir las variables nominales.

## Capítulo tres

### Análisis de resultados y discusión

#### 3.1 Análisis de resultados

En el siguiente apartado se detallan los principales resultados y datos sociodemográficos encontrados en la muestra de trabajadores sanitarios durante la pandemia de la Covid – 19 en el sector público de la ciudad de Quito durante el año 2022.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y laborales del personal de salud*

		<b>N</b>	<b>%</b>		
Género	Masculino	19	44.2%		
	Femenino	20	53.5%		
	Otro	1	2.3%		
Estado civil	Soltero/a	19	44.2%		
	Casado/unión libre	22	51.2%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	2	4.6%		
Trabajo por turnos	SI	35	81.4%		
	No	8	18.6%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	35	81.4%		
	Tiempo parcial	8	18.6%		
Tipo de institución	Pública	43	100.0%		
	Privada	0	0.0%		
		<b>M</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>DT</b>
Edad		34.65	53	25	6.13
Horas de trabajo por día		12.37	24	8	4.53
Experiencia laboral		7.09	25	1	5.44

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

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de participantes pertenecen al sexo femenino (53.5%), por el contrario el porcentaje restante pertenece al género masculino (44.2%), por otro lado, en el estado civil 6 de cada 10 participantes reporta ser casado (51.2%), la mayoría de participantes manifiesta trabajar por turnos a tiempo completo

(81.4%), sin embargo existe un porcentaje menor el cual trabaja a tiempo parcial (18.6%) y pertenecen en un 100% a una institución pública. Por último observamos que, en cuanto a la media de edad, la mayoría son adultos jóvenes en edad de 34 años, los que se encuentran económicamente activos.

**Tabla 2**

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

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	18	41.9%
	Medio	15	34.9%
	Alto	10	23.3%
Despersonalización	Bajo	18	41.9%
	Medio	7	16.3%
	Alto	18	41.9%
Realización personal	Alto	13	30.2%
	Medio	13	30.2%
	Bajo	17	39.5%

**Nota:** Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la tabla 2 se describen las dimensiones del síndrome de Burnout, la mayoría de evaluados refleja un bajo agotamiento emocional (41.9%) es decir, no se observa una sobrecarga emocional ni psicológica, en la dimensión de despersonalización se puede apreciar que ciertos participantes tienen niveles altos y con el mismo porcentaje niveles bajos (41.9%). En cuanto a la realización personal el mayor porcentaje es bajo (39.5%) aunque existe un porcentaje en niveles medio y altos (30.2%). Lo que quiere decir que de acuerdo a los porcentajes antes detallados la mayoría de participantes no presentan el síndrome de Burnout, sin embargo, existe un porcentaje minoritario de participantes que si lo manifiestan.

**Tabla 3***Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
Estrés	Leve	40	93.0%
	Moderado	2	4.7%
	Severo	1	2.3%
Ansiedad	Leve	23	53.5%
	Moderado	13	30.2%
	Severo	7	16.3%
Depresión	Leve	34	79.1%
	Moderado	7	16.3%
	Severo	2	4.7%

**Nota:** *Cuestionario de salud mental DASS-21*

La tabla 3 corresponde a la percepción de salud mental en los trabajadores de salud siendo así que, 9 de cada 10 participantes presenta un nivel leve de estrés (93%), a su vez se presenta en un nivel minoritario de estrés severo (2.3%), por otro lado la mayoría de participantes tiene niveles de ansiedad leve (53.5%), aunque en menor porcentaje revelan un nivel de ansiedad severo (16.3%), por último la mayoría manifiesta un leve nivel de depresión leve (79.1%) es decir 7 de cada 10 participantes, sin embargo es importante mencionar que si existe niveles de depresión severa en 4 de cada 10 participantes (4.7%).

**Tabla 4***Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad*

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	13.26	30.00	7.00	5.45
Percepción de soledad	5.37	9.00	3.00	1.79

**Nota:** *Inventario AAQ-7 y UCLA-3*

En la tabla 4 los evaluados en relación a la inflexibilidad psicológica, obtuvieron como media 13/49 puntos, es decir, que se observa niveles medios de inflexibilidad psicológica, lo cual indicaría el empleo situacional de recursos psicológicos para afrontar situaciones adversas o traumáticas. Por otro lado, la percepción de soledad refleja una puntuación de 5/12, por tanto los participantes muestran niveles medios en su percepción de apoyo social.

**Tabla 5***Calidad de sueño del personal de salud*

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	1	2.3%
	Baja dificultad para dormir	27	62.8%
	Media dificultad para dormir	13	30.2%
	Alta dificultad para dormir	2	4.7%

**Nota:** *Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.*

Podemos observar en la tabla 5 que los evaluados presentan una baja dificultad para dormir (62.8%), sin embargo (el 4.7%) manifiestan alta dificultad para dormir lo que influirá directamente en su desempeño laboral.

### 3.2 Discusión

El objetivo central de esta investigación fue identificar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de la Covid – 19 en el año 2022 en Quito. Seguidamente se observarán los datos más relevantes del presente estudio.

Con respecto al perfil sociodemográfico del personal de salud podemos observar que en su mayoría corresponden al género femenino con un porcentaje del 53.5% mientras que al género masculino corresponde el 44.2%, dichas cifras son similares al boletín emitido por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2022) el cual, manifiesta que hay 84.705 servidores públicos, entre administrativos y personal sanitario. De ellos, 54.637 son mujeres y 30.068 son varones. Por tanto el género femenino representa el 64,50% siendo mayoría, en cargos del personal de salud. Otro estudio que evidencia tener en su mayoría mujeres, es el realizado por Huang et.al, (2020) la muestra seleccionada era de 246 participantes, de los cuales 16.67% eran hombres y 76.02 % mujeres, determinaron como se encontraba la salud mental de los médicos que habían afrontado la pandemia en China.

Por otra parte el estado civil de los profesionales de la salud se sitúa como casados 51.2% en su mayoría, solteros 44.2%, divorciados 4.6%. Al contrario en un estudio realizado en trabajadores sanitarios en la ciudad de Paraguay donde se investigó la sintomatología asociada a trastornos de la salud mental a causa de los efectos por Covid - 19, el 61.9% eran solteros y el 38.1% eran casados (Samaniego et al., 2020), en similitud a esta investigación, un estudio realizado en el personal de salud de la ciudad de Lambayeque dió como resultado que el 78.26% son casados o viven con su pareja y tan solo el 17.39% son solteros y en un porcentaje de 4.35% son viudos. (Vallejos, 2021).

En lo referente a la edad de los participantes de esta investigación se obtuvo una media de 34.65, una mínima de 25 y una máxima de 53 años de edad; en relación a lo mencionado, un estudio realizado en China, donde se evalúa el impacto psicológico inicial del

personal de salud durante el brote del COVID 19, el promedio de edad es de 30,8 años con un 53.1% (Lozano, 2020). De la misma forma, en México se evidencia que el promedio de edad del personal de salud en la carrera de medicina así como de posgradistas y que estuvieron en primera línea de atención por Covid 19 oscila entre los 33 a 35 años de edad (Martínez et al., 2005). Las horas en las que ejercen su labor da una mínima de 8 horas, una máxima de 24 horas y una media de 12.37, por lo que, el Ministerio de Salud en la resolución No.090, menciona que un médico trabajaría 40 horas a la semana, las cuales estarán divididas en turnos de 8 a 24 horas de acuerdo al establecimiento (Ministerio de Salud Pública, 2011).

En cuanto a la investigación realizada en la percepción de las dimensiones del síndrome de Burnout en el personal de salud, muestra un 41.9% en niveles bajos de agotamiento emocional, 41.9% en niveles altos y bajos de despersonalización y 39.2% en niveles bajos de realización personal, lo que nos indica que la mitad de los participantes de la muestra objeto de estudio, sí presentan síndrome de burnout y la otra mitad no la presentan. Por el contrario, un estudio realizado en salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19 de Paraguay tiene un nivel de porcentaje bajo de desarrollar síndrome de Burnout ya que el 33,6% presentó nivel alto en Cansancio emocional, 37,9% en Despersonalización y 54,7% nivel bajo en Realización personal (Chávez et al., 2021).

De la misma forma, otro estudio realizado en Ecuador investiga las dimensiones del síndrome de Burnout, para ello participaron 380 profesionales de la salud que ejercieron su práctica profesional en el ámbito público y privado, para la toma de muestra se utiliza la prueba de Maslach autoadministrada, el principal objetivo era analizar la frecuencia de dicho síndrome y su comportamiento asociado a factores sociodemográficos y laborales. Como resultado se evidencia que las áreas afectadas con riesgo alto correspondientes al 8.59%, tuvo afectación en las tres áreas (Logros personales, despersonalización, agotamiento emocional) siendo un problema severo; el 42% involucran dos áreas siendo la despersonalización la más frecuente por sí sola (Torres et al., 2021).

De forma similar en un estudio realizado en profesionales de la Salud del Hospital de Bolívar tendría como objetivo describir los niveles del síndrome de Burnout del personal sanitario en tiempos de Covid - 19 como instrumento se utiliza el Inventario de Burnout de Mashlach y Jackson (MBI), los resultados reflejan que el 71.8% se ubican en un nivel bajo de Burnout asimismo un 28.2% corresponde a niveles medios. En cuanto a sus dimensiones predomina niveles bajos de: a) cansancio emocional 86.4%; b) despersonalización 98.1%; por el contrario en realización personal corresponde a un nivel alto del 64.1% (Yáñez, 2022).

Por lo que se refiere a la percepción de la salud mental en los profesionales de esta investigación refleja que el 93% tiene estrés leve, el 53.5% ansiedad leve y el 79.1% depresión leve, a pesar de que los valores son relativamente bajos en cada categoría es importante mencionar que existe un porcentaje menor que sí presentarían niveles de depresión severa correspondientes al 4.7%. Dentro de la investigación se encontró que varios autores coinciden y refieren que la media en el que aparece el trastorno de ansiedad se encuentra entre los 33 a 44 años en las mujeres y 15 a 24 años en los varones (Arenas & Puigcerver, 2009). Para que este tipo de trastorno surja dependería del estilo de afrontamiento, roles, educación, estado civil y los ingresos que reciba cada persona.

Por el contrario a esta investigación existen varios estudios que confirman la presencia de ansiedad y depresión en trabajadores de la salud. Betancourt et al. (2008), analizaron los síntomas de depresión y ansiedad en 90 residentes de medicina por medio de las escalas de Hamilton separándolos en dos grupos: 45 expuestos a estrés bajo (grupocontrol) y 45 expuestos a estrés alto (grupo problema), presentándose síntomas de depresión en el 44% y síntomas de ansiedad en el 43% de los participantes, concluyendo que el estrés es el detonante de estos síntomas cuando se encuentran sometidos a estrés.

Por otro lado, en la investigación de Erdur et al. (2006) participaron 192 médicos que trabajan en unidades de emergencia en Denizli (Turquía) de los cuales el 14,6% presentó síntomas de ansiedad y el 15.1% presentó síntomas de depresión. Lai et al., (2020) realizó un estudio en el que participaron 1257 trabajadores de la salud de China, de los cuales 760

fueron de Wuhan, el epicentro de COVID-19 en ese país. El 71,5% presentó síntomas de estrés, el 44,6% síntomas de ansiedad, 50,4% síntomas de depresión, presentándose con mayor severidad en el personal de enfermería, las mujeres, los profesionales de primera línea y quienes trabajaron en el epicentro del brote por covid-19 (Wuhan).

Al analizar los datos correspondientes a la inflexibilidad psicológica y la percepción de soledad de esta investigación expresa que la inflexibilidad psicológica tiene una puntuación media de 13/49, por tanto los participantes poseen niveles medios de dicha variable, en tal sentido, poseen recursos psicológicos de afrontamiento adecuado ante situaciones estresantes. Por otro lado la percepción de soledad expresa una puntuación de 5/12, es decir poseen niveles medios en su percepción de apoyo social y no existe un aislamiento social.

Así pues, en una investigación en la que se analiza la posible incidencia de la inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios, en ciencias de la salud y del sector educativo. Intervinieron 316 participantes, de 22 y 75 años distribuidos en grupos según su profesión. En el análisis de las variables cuantitativas muestra que el 69% del total, revela que los valores corresponden a expectativas positivas (Valiente Barroso et al., 2020). De forma similar a esta investigación, se expone un estudio empírico en el que la muestra participante corresponde a 45 personas adultas mayores, en confinamiento por pandemia de Covid – 19, que residen en una vivienda pública de la ciudad en Cuenca – España. Como resultado se evidencia a) puntuación inferior a 32 normal en el cuestionario de apoyo social de Duke; por ende se encuentra en un nivel moderado (Briones et al., 2022).

Continuando con el análisis de esta investigación, la calidad del sueño del personal de salud refleja una baja dificultad para dormir en un porcentaje de 62.8% del total de evaluados, sin embargo y no menos importante existe un porcentaje menor de 4.7 % que sí refleja dificultad para dormir y por tanto tendrá una afectación en el desempeño de sus actividades. Los resultados antes mencionados en menor porcentaje responden a la concordancia del estudio citado por Arriola et.,al (2021) el cual fue realizado en 107 médicos residentes que laboraban en hospitales de referencia Nacional del Perú durante la pandemia

de Covid – 19 para medir la calidad de sueño, menciona que casi todos los participantes presentan problemas para dormir con un porcentaje de 89.71% y una afectación al realizar desempeñar sus funciones.

Los resultados obtenidos y mencionados se relacionan con la revisión sistemática de distintos estudios que plantea García et.,al (2020) donde establece el impacto de la pandemia en los profesionales sanitarios, en los meses de Enero a Mayo del 2020. Un total de 13 estudios fueron incluidos en esta revisión. En los resultados se observan niveles medios - altos de insomnio o dificultad para dormir con un porcentaje de 23.6% al 38% lo que afecta directamente en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en primera línea de batalla contra el virus esto en similitud a esta investigación.

## Conclusiones

Las características sociodemográficas de la investigación objeto de estudio, evidencian que en su mayoría corresponden al género femenino y en un porcentaje minoritario son del género masculino, con una edad media de 34 años, mayoritariamente casadas. Por su parte en las características laborales, presentan un mayor porcentaje que laboran a tiempo completo, por turnos, en jornadas de 12 horas, la totalidad de la población pertenece a una institución pública y tienen un promedio de experiencia laboral de 7 años.

En cuanto a las dimensiones del síndrome de Burnout presentan un bajo agotamiento emocional, en tanto, la dimensión de despersonalización evidencia el mismo porcentaje tanto en niveles altos como bajos. Finalmente existe un nivel bajo de realización personal, sin embargo, sí existe la presencia en niveles medios y altos aunque en menor porcentaje, esto indica que la población no presenta síndrome de Burnout en su mayoría, no obstante existe un porcentaje minoritario que si lo manifiestan.

Respecto a la salud mental del personal de salud muestran un nivel leve tanto en las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión. No obstante y no menos importante se encontraron niveles severos en las tres variables aunque en menor porcentaje.

En relación a la inflexibilidad psicológica los resultados reflejaron que los participantes presentan niveles medios, del mismo modo reflejaron niveles medios en su percepción de apoyo social.

Para concluir, el personal de salud manifiesta una baja dificultad para dormir en su gran mayoría, sin embargo tenemos un porcentaje menor que sí presenta alta dificultad para dormir.

## Recomendaciones

Es importante que las instituciones de salud, trabajen en estrategias y fortalezcan la salud mental de su talento humano, en este caso de los profesionales de salud que se encuentran laborando, tomando en cuenta que la edad promedio son adultos jóvenes, esto con la finalidad de mejorar su desempeño laboral y calidad de vida.

Los profesionales de salud deben mantener hábitos de vida saludable sin descuidar su alimentación y tiempo de descanso, reconociendo sus necesidades físicas, espirituales y sociológicas, planeando y estableciendo prioridades, manteniendo sus tensiones separadas de su vida personal y profesional. Es importante que el personal sanitario sea capacitado para prevenir este síndrome a través de la formación en habilidades sociales, habilidades de comunicación, técnicas de relajación, técnicas de afrontamiento, etc. Por su parte la institución debe promover espacios para recibir, evaluar, promover tratamientos, así como crear actividades de recreación y esparcimiento teniendo contacto con otros profesionales en pro a su desarrollo personal y social.

Con la finalidad de evitar estrés elevado, depresión y ansiedad, producida en respuesta a la presión, jornadas de trabajo y su propia responsabilidad. Se recomienda que el personal sanitario practique diariamente técnicas de gestión emocional, para ello se propone ejercicios diarios de respiración, de atención focalizada (mindfulness) antes de iniciar y al culminar las actividades asistenciales y de atención. Un aspecto para su prevención recae en mejorar la comunicación en los trabajadores y líderes, fomentando espacios donde haya un intercambio de ideas y decisiones, aumento de la autonomía en el trabajo y la reducción de exigencias contrapuestas esto con la finalidad de mejorar la sensación de plenitud, estabilidad laboral y desarrollo de la carrera profesional.

El departamento de enfermería, cuerpo médico y distintas especialidades deben cuidar la rotación de personal y una organización adecuada en cuanto a sus horarios de

trabajo a fin de no saturar de turnos nocturnos siendo que el descanso y sueño sea respetado a fin de mantener un sistema inmunológico acorde y mejorar el bienestar mental.

### Referencias Bibliográficas

- AAO-HNS. (2020). *COVID-19 Information*. Recuperado el 30 de Mayo de 2022, de American academy of otorilaningology head and neck surgery:  
<https://www.entnet.org/?s=covid+19&pagenum=2>
- Aceves, Lopez, Moreno, Jimenez, & Campos. (s.f.). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4). Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Farias-Serratos/publication/236332518\\_Burnout\\_Syndrome/links/02e7e517a8d1f31e73000000/Burnout-Syndrome.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Farias-Serratos/publication/236332518_Burnout_Syndrome/links/02e7e517a8d1f31e73000000/Burnout-Syndrome.pdf)
- Alcaina. (2006). *Sicopatología e Interacción Familiar*.
- Aldazabal, Y. (2020). Estrés durante la pandemia en enfermeros que la-boran primera línea en un hospital COVID-19 en Lima. *Ágora Rev. Cient*, 07(02).  
 doi:<http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.178>
- Alvarez Cano, Flores, Gutierrez, Sanchez, San Pedro, & Suárez. (2002). Formación y Orientación Laboral. *Garantía Social*. Obtenido de <http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1609/1/Jara%20Mu%C3%B1oz%20Elisa%20Estefan%C3%ADa.pdf>
- American academy Sleep. (s.f.). *International Clasification of Sleep Disorders -ICSD-3*. Tercera.
- Anguera, Arnau, & Ato. (1998). Métodos de investigación en psicología. Obtenido de [http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4596/modulo\\_2.pdf](http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4596/modulo_2.pdf)
- Araujo, Sties, Wittkof, Neto, González, Lima, . . . Carvalho}. (2015). Pittsburgh sleep quality index for use in cardiopulmonary and metabolic rehabilitation. *Rev Bras Med Esporte*, 21(6). doi:<https://doi.org/10.1590/1517-869220152106147561>

- Arenas, C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es).
- Arias. (2012). *El proyecto de investigación 6a edición*. Epistema.
- Arriola, L., Palomino, K., & Quintana, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1). doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>
- Avila. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Conciencia*, 2(1). Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_arttext)
- Ayala, V., Marín, M., Cruz, J., & Hurtado, J. (2021). Desafíos, estrategias y oportunidades emergentes para la salud mental en el contexto de la Pandemia de COVID-19. *RECIAMUC*, 5(4). doi:10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.83-91
- Balluerka, N. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la covid 19 y el confinamiento*. Recuperado el 10 de Junio de 2022, de <https://addi.ehu.eus/bitstream/handle/10810/45924/Consecuencias%20psicol%C3%B3gicas%20COVID-19%20PR3%20DIG.pdf?sequence=1&isAllowed=>
- Barrientos. (1974). Salud Mental. *Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas*(5).
- Barrio, García, Ruíz, & Arce. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Beck. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Betancourt, M., Rodríguez, C.L., Vallecillo, I., y Sánchez, L.E. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de

estrés. *Psiquiatría Biológica*, 15, 147-152. Bolwby. (1982). Apego y pérdida: retrospectiva y prospectiva. *Revista estadounidense de ortopsiquiatría*, 52(4).  
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>

Briones, Escribano, Pardo, Hernández, Valiente, Morcillo, & Jiménez. (2022). Efecto de un programa de intervención multidisciplinar sobre la soledad y el aislamiento en personas mayores institucionalizadas confinadas durante la pandemia por Covid-19 en España. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*, 36(1). Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Sotos/publication/360671123\\_Efecto\\_de\\_un\\_programa\\_de\\_intervencion\\_multidisciplinar\\_sobre\\_la\\_soledad\\_y\\_el\\_aislamiento\\_en\\_personas\\_mayores\\_institucionalizadas\\_confinadas\\_durante\\_la\\_pandemia\\_por\\_Covid-19\\_en\\_Espa](https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Sotos/publication/360671123_Efecto_de_un_programa_de_intervencion_multidisciplinar_sobre_la_soledad_y_el_aislamiento_en_personas_mayores_institucionalizadas_confinadas_durante_la_pandemia_por_Covid-19_en_Espa)

Brito, A., Montesdeoca, E., & Lucio, L. (2020). *Aplicación de los primeros auxilios psicológicos en situaciones de desempleo por COVID-19 en la ciudad de Villavicencio, Meta*. Recuperado el 05 de Junio de 2022, de Repositorio institucional UCC: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18313>

Brooks, L., & Geyer, R. (2020). El desarrollo de la política sanitaria de la UE y la pandemia de Covid-19: tendencias e implicaciones. *Revista de Integración Europea*, 42(8).  
doi:<https://doi.org/10.1080/07036337.2020.1853718>

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wesely, S., Greenberg, N., & Gideon, J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. *Lancet*, 395, 912 - 920. Obtenido de <https://apmadrid.org/Images/actividades/BROOKS%20SK%20et%20al.%20El%20impacto%20psicologico%20de%20la%20cuarentena%20%20y%20como%20reducirla.pdf>

Bulbena. (1986). *Psicopatología de la psicomotricidad. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat.

- Cáceres, A. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. Díaz de Santos.
- Campbell. (1986). *Developmental issues in childhood anxiety*. In R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood*. Guilford Press.
- Carranza, E., & Renzo, F. (2012). depresión y características demográficas asociados en. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*(2). Recuperado el 18 de junio de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467646125005>
- Carrazana. (2002). *El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial*. Ajayu.
- Carullo, G., & Provenzano, P. (2020). *LE REGIONI ALLA PROVA*. Scientifica.
- Casallo. (2017). Correlacion entre el apoyo social. *Facultad de ciencias de la salud*, 1(1).  
Obtenido de  
[https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/UPECEN/100/T102\\_20122761\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/UPECEN/100/T102_20122761_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Casaretto, Chau, Oblitas, & Valdez. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2). Obtenido de  
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/6849/6983/>
- Cascella , M., Rajnik, M., Aleem , A., Dulebohn, S., & Di Napoli , R. (2022). *Características, evaluación y tratamiento del coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 30 de mayo de 2022, de National Library of Medicine:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Castro. (2003). *El proyecto de investigación y su esquema de elaboración*. Uyapar.
- Castro, M. (2020). La educación médica en tiempos de Covid 19. *Revista Médica Herediana*, 31(3). doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3802>

Cedeño Macías, M., & Chávez Vera, M. (2021). La tecnología en la disyuntiva familiar en tiempos de pandemia COVID-19 2020. *Socialium*, 5(2).

doi:<https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.2.919>

CEPAL. (2020). *Panorama social de América Latina 2020*. Recuperado el 5 de Junio de 2022, de Comisión económica de América Latina CEPAL:

[https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/version\\_final\\_panorama\\_social\\_para\\_sala\\_prebisch-403-2021.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/version_final_panorama_social_para_sala_prebisch-403-2021.pdf)

CEPAL. (2021). *El impacto social de la pandemia*. Recuperado el 01 de Junio de 2022, de Claves de la Cepal para el desarrollo:

[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46740/S2000182\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46740/S2000182_es.pdf)

Chávez L, Marcet G, Ramirez E, Acosta L, Samudio M. (2021). Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay. *Rev. Salud Publica Parag.*; 11(1):74-79

Chilón. (2021). "Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en el personal del servicio de gineco - obstetricia del hospital regional docente de cajamarca durante la pandemia covid-19. *facultad de medicina escuela profesional de medicina humana*.

Obtenido de

[http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4209/T016\\_46752656\\_T.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4209/T016_46752656_T.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CSSE - JHU. (30 de Mayo de 2020). *Covid - 19 Dashboard*. Recuperado el Mayo de 2022, de Jhon Hopkins university & medicine: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Cylus, J., & Ginneken, V. (2020). "How to respond to the COVID-19 economic and health financing crisis?". *Eurohealth*, 26(2). Obtenido de

[https://www.researchgate.net/profile/Selina-](https://www.researchgate.net/profile/Selina-Rajan/publication/346790127_The_COVID-19_pandemic_and_long-)

[Rajan/publication/346790127\\_The\\_COVID-19\\_pandemic\\_and\\_long-](https://www.researchgate.net/profile/Selina-Rajan/publication/346790127_The_COVID-19_pandemic_and_long-)

term\_care\_what\_can\_we\_learn\_from\_the\_first\_wave\_about\_how\_to\_protect\_care\_homes/links/5fd0d60b45851568d14e14f0/The-COVID-19-pandemic-and-long-term-care-

Dabas. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Paidós.

Dávila. (1994). *La Salud Mental. Difusión en investigación*.

Davinni, De Salluzi, G., & Rossi. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.

Delgado. (2021). Estrés laboral y Estrategias de afrontamiento del personal de salud, durante la pandemia, en un Hospital de Sullana 2021. *Programa académico de maestría en gestión de los servicios de la salud*.

Dosil, M., Etxebarria, N., Rodripiguez, I., Alcaldesa, J., & Gorrochategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles  
Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitariosespañoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2).  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

ECDC. (2021). *COVID-19*. Recuperado el 28 de Mayo de 2022, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>

Emerson, K. (2020). *Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>

Erdur, B., Ergin, A., Turkcuer, I., Parlak, I., Ergin, N., y Boz, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emergency Medicine Journal*, 23, 759-763.

Fernandez, S., Valdespino, D., Palacios, R., Guerrero, O., & Acevedo, J. (2020). Stress, emotional responses, risk factors, psychopathology. *Acta Pediatr Mex*, 41(1).  
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>

- Fernandez. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*(3). doi:<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.149>
- Ferré, J. (26 de Marzo de 2020). Coronavirus: origen, transmisión, causas, síntomas, protección.... *La Vanguardia*. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200326/48103758469/coronavirus-covid-19-escola-pejoan-josep-ferre-que-es-origen-sintomas-transmision-proteccion.html>
- Fuentes, & Angulo. (2020). Desafíos bioéticos en el contexto de la pandemia por el COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(1). Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022020000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022020000100011)
- Fuster. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós, Ibérica.
- Gaitán, D., & Duque, N. (2020). Desempleo y Salud Mental en adultos jóvenes en la ciudad de Bogotá. *Poliantea*, 15(27). Obtenido de <https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea>
- García, M. (2020). La docencia desde el hogar. Una alternativa necesaria en tiempos del Covid 19. *Polo del conocimiento: Revista científico profesional*, 5(4). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7398376>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública* 94 (23). <http://hdl.handle.net/10045/108234>
- Godoy, Rossignoli, Delfino, Garcia, & De Lima. (2018). Una descripción completa de la neurobiología del estrés: conceptos básicos e implicaciones clínicas. *Fronteras en la*

*neurociencia*, 12. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867416304020>

Guanche, H. (2020). Covid-19. Un reto para los profesionales de la salud. *Revisa Habnera de Ciencias Médicas*, 19(2). Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200001)

Guerrero, S. (2020). Coronavirus en Ecuador: una opinión desde la academia. *La Granja*.

*Revista de Ciencias de la Vida*, 32(2). doi:<https://doi.org/10.17163/lgr.n32.2020.10>

Harvey, & Kennedy. (2002). Polysomnographic phenotypes in developmental disabilities.

*National Library of medicine*(20). Obtenido de [https://doi.org/10.1016/s0736-](https://doi.org/10.1016/s0736-5748(02)00008-4)

[5748\(02\)00008-4](https://doi.org/10.1016/s0736-5748(02)00008-4)

Hernandez. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas.

*Medicentro electrónica*, 24(3). Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)

Hernandez, Fernandez, & Baptista. (2010). *METODOLOGÍA de la investigación 5ta edición*.

Holshue, M., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K., Wiesman, J., Bruce, H., . . . Pillai, S. (2020).

Primer caso del nuevo coronavirus de 2019 en los Estados Unidos. *The New England journal of Medicine*, 382(929-936).

doi:<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001191>

Huang, J., Han, M., Rotenda, R. A., & Zhou, X. (2020). Mental health survey of 230 medical

staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Revista China de Salud Laboral y Enfermedades Profesionales*, 38(3). Obtenido de

doi:<https://dx.doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>

INEC. (2022). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2019*.

Recuperado el 18 de Junio de 2022, de Instituto Nacional de Estadística y Censos:

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estadisticas\_Sociales/Recursos\_Actividades\_de\_Salud/RAS\_2019/Bolet%C3%ADn\_T%C3%A9cnico\_RAS\_2019.pdf

J.L. A. (1988). *Trastornos de angustia*. Martínez Roca.

Jhonson, & Melamed. (s.f.). The Assessment and treatment of children's fears. *Advances in Clinical Child Psychology*, 2. Obtenido de [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-9802-8\\_4#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-9802-8_4#citeas)

Kazdin. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. 3. ed. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54093895/147118110014-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1661298918&Signature=NVeGk8VWk-fsS055CY63Pf8DRgOBT3Ypyc2h4nv6ceEIVm4lnRrdZAE2PYEmrp~yHfPRuWX3oaBeYLjnhct5TxQ5YnL4EzaMSWbx~Sp7qPI7JpWMRvGwfMlxU1XJkTGMua3eQAqoLTIYZWR>

Krupa, Filip, Medrzycka, Lewanandowska, Witt, & Ozga. (2021). Trastornos del sueño entre enfermeras y otros trabajadores de la salud en Polonia durante la pandemia de COVID-19. *Investigación en enfermería aplicada*, 59(151412). Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151412>

Lazarus, & Folkman. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Lai, J., Ma, 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),e203976Ling, L. Y. (2020). *Viral and host factors related to the clinical outcome of COVID-19*. Recuperado el 08 de Junio de 2022, de BBC-Future: <https://www.bbc.com/future/article/20200601-how-is-covid-19-is-affecting-relationships>

- López, M. (2021). *Mirando atrás para seguir adelante: Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental*. Herder.
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 83(1). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Lovibond P, & Lovibond H. (1995). La estructura de los estados emocionales negativos: Comparación de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) con los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. *Investigación y terapia del comportamiento*, 33(3). doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., & Wu, H. (2020). Caracterización genómica y epidemiología del nuevo coronavirus de 2019: implicaciones para los orígenes del virus y la unión al receptor. *The Lancet*, 395(10224). doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
- Luceño, L., Talavera, B., & García, Y. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). doi:<https://doi.org/10.3390%2Fijerph17155514>
- Maquiña, C. (2020). El COVID-19 en el Perú. *Revista De La Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 33(4). doi:<https://doi.org/10.36393/spmi.v33i4.558>
- Marks. (1986). *Tratamiento de las neurosis. teoría y práctica de la psicoterapia conductual*. Martínez Roca.
- Martínez, A., Bernal, A., Hernández, B., Gil, M., & Martínez, A. (2005). Los egresados del posgrado de la UNAM. *Revista de la Educación Superior*, 1(133), 23-33. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/604/60411915003.pdf>

- Marquina, & Adriaola. (2020). Autopercepción de l stres del personal de salud en primera línea de atención de paciengtes con covid 19 en Lima Metropolitana Perú. *Revista de la Escuela De Enfermería*, 7(2). doi:<https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.391>
- Maslach. (1986). *Estrés, agotamiento y adicción al trabajo*. Kilburg, Nathan, Thoreson. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10056-004>
- Maslach, & Jackson. (1986). Manual de inventario de agotamiento de Maslach. *Prensa de psicólogos consultores*.
- Maté, J., & Lleras, M. (2020). Profesionales sanitarios: afrontando el impacto emocional por la. *Medicina Paliativa*, 27(3). Obtenido de [https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1417/3/09.%20AE\\_Mate%20-%20copia.pdf](https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1417/3/09.%20AE_Mate%20-%20copia.pdf).
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Aplicación de la jornada laboral 40 horas semanales para profesionales de la salud rige desde el 2009. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/30-de-profesionales-de-la-salud-se-suma-a-la-nueva-jornada-laboral-de-40-horas-semanales/>
- Miranda, R., & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(1). doi:<https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Molero, Perez, Soriano, Oropeza, Simón , Sisto, & Gasquez. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1). doi:<https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206>
- Monte, G. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. 15(2). Obtenido de <https://revistas.um.es/analesps/article/download/30161/29361>
- Montes, P., & Campo, A. (2020). Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por COVID-19. *Duazary*, 17(3). doi:<https://doi.org/10.21676/2389783X.3468>

- Morejón, & García. (1994). Ru I s: escala de soledad ucla revisada. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1). Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97430/1/RevPsicolSalud\\_6\\_1\\_03.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97430/1/RevPsicolSalud_6_1_03.pdf)
- Morison, Madden, Oddum, Friedel, & Twohig. (2014). Altering impulsive decision making with an acceptance-based procedure. *Behav Ther*, 45(5). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5661961/>
- Moscoso. (2010). El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Revista de la Facultad de Psicología*(13). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3646877.pdf>
- Mowrer. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological review*, 46(6). doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0054288>
- MSP. (2020). *Informes de Situación (SITREP) e Infografías COVID-19 (Desde 29/02/2020)*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: Informes de Situación (SITREP) e Infografías COVID-19 (Desde 29/02/2020)
- MSP. (2021). *Ecuador confirma primer caso de Ómicron*. Recuperado el 10 de Junio de 2022, de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-confirma-primer-caso-omicron/>
- MSP. (2022). *Informe epidemiológico de COVID-19, Ecuador 2022*. Recuperado el 12 de Junio de 2022, de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/10.1.2022-epi.pdf>
- MSPCH. (2020). *Informe Epidemiológico covid - 19*. Recuperado el 30 de Mayo de 2022, de Ministerio de Salud: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>
- NIMH. (2001). *Depresión*. Recuperado el 15 de Junio de 2022, de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>

- Obando, R., Arévalo, J., Aliaga, R., & Obando, M. (2021). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de enfermería*, 29(4). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008)
- OECD. (2020). *Abordando la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe*. Recuperado el 11 de Junio de 2022, de OECD iLibrary: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6f552e5-es/index.html?itemId=/content/component/d6f552e5-es>
- Ohayon. (2011). Panorama epidemiológico de los trastornos del sueño en la población general. *Investigación de medicina del sueño*, 2(1). Obtenido de <https://www.sleepmedres.org/journal/view.php?doi=10.17241/smr.2011.2.1.1>
- OIT. (2021). *Estudio de OIT, ONU Mujeres y PNUD analiza necesidades de cualificación y recualificación de competencias en Ecuador desde la óptica de la demanda laboral en el contexto de la COVID-19*. Recuperado el 10 de Junio de 2022, de Organización Internacional del trabajo: [https://www.ilo.org/lima/sala-de-prensa/WCMS\\_828580/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/lima/sala-de-prensa/WCMS_828580/lang--es/index.htm)
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas*. Recuperado el 17 de Junio de 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>
- OMS. (2013). *Salud Mental*. Recuperado el 15 de Junio de 2022, de Organización mundial de la salud: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2020). *Coronavirus*. Recuperado el 30 de Mayo de 2022, de Organización Panamericana de la Salud: [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

- OMS. (2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Recuperado el 26 de Mayo de 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2020). *La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería*. Recuperado el 13 de Junio de 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
- OPS. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)*. Recuperado el 11 de Junio de 2022, de Organización Mundial de la Salud: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf)
- Ortega. (2021). *Prácticum 4.1: Trabajo de Integración Curricular-Proyecto de Investigación. Guía didáctica*. Ediloja.
- Peñañiel, J., Ramírez, A., Mesa, I., & Martínez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712001>
- Pérez, I., & Moreno, G. (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta sanitaria*, 35(4). doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Quiceno, & Vinnacia. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 10(2). Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0123-91552007000200012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0123-91552007000200012)
- Ram, Seirawan, Kumar, & Clark. (2010). Prevalence and impact of sleep disorders and sleep habits. *Sleep Breath*, 14(1). doi:<https://doi.org/10.1007/s11325-009-0281-3>

- Rodríguez. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología desde el Caribe*(26).  
Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2010000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000200001)
- Rodríguez, Bongiardino, Boreinztein, Aufenacker, Crowley, botero, . . . Vazquez. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7781471.pdf>
- Rogers, & Rosemberg. (1982). La persona como centro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80514218>
- Rottenberg, & Flood. (1999). Soledad, disforia, restricción dietética y conducta alimentaria. *Eating disorders*, 25(1). doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199901\)25:1%3C55::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199901)25:1%3C55::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-%23)
- Ruthan, H., & Byrareddy, S. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109(102433). doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Sabino. (1992). *El proceso de investigacion*. Lumen.
- Salameh, P., Hajj, A., Badro, D., Abouselwan, C., Aoun, R., & Sacre, H. (2020). Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspectives from a Developing Country. *Psychiatry Research*, 294(113520). doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113520>
- Samaniego, A., Urzua, A., Buenahora, M & Villaroel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay efecto Covid – 19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1). <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>

- Santoro, P. (2020). *Dossier Covid19 Impactos*. Recuperado el 07 de Junio de 2022, de Centro de Estudios en Salud y Sociedad-El Colegio de Sonora.:  
[https://www.colson.edu.mx/promocion/img/Dossier%20Covid19\\_Impactos%20socioculturales.pdf](https://www.colson.edu.mx/promocion/img/Dossier%20Covid19_Impactos%20socioculturales.pdf)
- Sanz, J., & Vazquez, C. (1991). FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK. *Psicothema*, 10(2). Obtenido de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7467/7331>
- Selye. (1976). El concepto de Stress. *Revista de la asociación médica canadiense*, 115(8). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878840/pdf/canmedaj01490-0018a.pdf>
- Sheaan. (1982). Ataques de pánico y fobias. *The new england Journal of medicine*, 307(3). Obtenido de <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198207153070304>
- Sluzky. (1996). *La fred social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Thyer, & Sowers. (1987). Terapia conductual para el trastorno de ansiedad por separación. *Sage journals*, 12(2). doi:<https://doi.org/10.1177%2F01454455880122003>
- Tobal. (1996). *La ansiedad. Guías prácticas. Psicología y bienestar*. Aguilar.
- Torres, F., Irigoyen, V., Moreno, A., Ruilova, A., Casares, J., & Mendoza, M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. In*, 8(1). doi:<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- UNICEF. (2020). *Impacto del COVID-19 en los niños, niñas, adolescentes y sus familias en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 01 de Junio de 2022, de Unicef para cada infancia: <https://www.unicef.org/lac/informes/impacto-del-covid-19-en-los->

ni% C3% B1os-ni% C3% B1as-adolescentes-y-sus-familias-en-am% C3% A9rica-latina-y-el

- Valiente, C., Saiz, J., Valiente, B., Lombraña, R., & Martínez, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales. *Apuntes de Psicología*, 38(3). Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/128912/Inflexibilidad%20psicol% C3% B3gica.a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vallejos , M. (2021). Efecto emocional por Covid – 19 en el personal de salud durante la pandemia – Red asistencial Lambayeque. Chiclayo – Perú.
- Vannabouathong, C., Devji, T., Ekhtiari, S., Chang, Y., Phillips, S., Zhu, M., . . . Bhandari, M. (2020). Novel Coronavirus COVID-19. *The Journal of bone and joint surgery.*, 102(9). doi:<https://doi.org/10.2106%2FJBJ.S.20.00396>
- Vinet, Roman Mela, & Alarcón. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(2), 179-190, XXIII(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Yáñez, C. (2022). Resiliencia y síndrome de burnout en profesional sanitario de un. *ESCUELA DE POSGRADO*, 1(1). Obtenido de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77930/Cayambe\\_YKN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77930/Cayambe_YKN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Apéndice

### Apéndice A. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.

#### 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  Servicios ocasionales   
 remoción   
 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.							

## Apéndice B. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

### 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.									

### Apéndice C. Escala de depresión ansiedad y estrés - DASS 21

#### 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

### Apéndice D. Cuestionario de aceptación acción (AAQ)

#### 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 quería	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

### Apéndice E. Escala de soledad UCLA-20

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

### Apéndice F. AUDIT

#### 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?	1	2	3	4	5
6.	¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	1	2	3	4	5
7.	¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	1	2	3	4	5

8	¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	1	2	3	4	5
		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		

### Apéndice G. Escala de calidad de sueño (PSQI)

#### Calidad de sueño

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

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

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

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

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

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

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

Muy buena

Muy mala

Bastante buena

Bastante mala

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

No me ha ocurrido durante el último mes  Una o dos veces a la semana   
 Menos de una vez a la semana  Tres o más veces a la semana  8.

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

No me ha ocurrido durante el último mes  Una o dos veces a la semana   
 Menos de una vez a la semana  Tres o más veces a la semana  9.

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

No me ha resultado problemático en absoluto  Moderadamente problemático   
 Solo ligeramente problemático  Muy problemático  10.

**Tienes pareja o compañero/a de habitación?**

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

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

**1 significa nada cansado y 10 extremadamente cansado**

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

**Gracias por su participación**