



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 ciudad de Quito**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Autora: Altamirano Méndez, Giselle Patricia

Director: Andrade Mejía, Diego Segundo

SAN RAFAEL

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Loja, 09 de enero de 2023

Magister.

Geovanny Eduardo Cuenca Puma.

Director de la carrera de Psicología.

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Quito realizado por Giselle Patricia Altamirano Méndez 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,

Diego Segundo Andrade Mejía, Magister.

C.I.: 1103782411

Correo electrónico: dsandrade62@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Giselle Patricia Altamirano Méndez, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor(a) del Trabajo de Titulación denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Quito, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo Uno: Marco teórico de la Salud mental y sus afecciones en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Quito, Capítulo dos: Metodología de la investigación, Capítulo tres: Análisis de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Andrade Mejía Diego Segundo director (a) 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: Giselle Patricia Altamirano Méndez

C.I.: 1002598553

Correo electrónico: gisse.mendez@hotmail.com

Dedicatoria

Mi inmensa gratitud a mi madre Mercedes Méndez, quien es mi principal pilar y fuente de apoyo, ha hecho de mí una mujer fuerte con herramientas para enfrentar cada uno de los obstáculos que se han presentado, ha sido mi soporte en momentos difíciles y guía en los inciertos.

A mis amadas hijas Valentina y Martina, quienes son la luz de mi vida, impulsoras de mis metas, el motor que me ayuda a caminar y no detenerme. Este trabajo fue culminado gracias a esa fortaleza que me dan y el arranque que su amor me da a diario.

A mi familia, por brindarme todo su amor y apoyo en el tiempo de mis estudios.

A todos los profesionales de la salud que brindan todo su esfuerzo y entrega personal con el fin de aliviar aquellos que tienen dolencias físicas y emocionales.

Agradecimiento

A la Universidad Técnica Particular de Loja y a la facultad de ciencias sociales, educación y humanidades, por abrirme sus puertas ya acogerme como un segundo hogar, me ha brindado todos los conocimientos académicos y humanos.

A mis profesores quienes fueron inspiración y fuente de conocimiento. Siempre estuvieron predispuestos a despejar mis dudas y darme todo el apoyo posible.

A mi tutor, quien con su guía se pudo lograr la culminación de esta investigación. Además, que sus indicaciones me sirvieron para elaborar y perfeccionar mi investigación.

A todos los profesionales que colaboraron con esta investigación, su tiempo y predisposición fueron fundamentales.

Índice de contenido

| | |
|--|-----|
| Caratula..... | I |
| Aprobación del director del Trabajo de Titulación | II |
| Declaración de autoría y cesión de derechos | III |
| Dedicatoria..... | V |
| Agradecimiento..... | VI |
| Índice de Contenido | VII |
| Resumen | 1 |
| Abstract..... | 2 |
| Introducción | 3 |
| Capitulo uno | 5 |
| Marco teórico | 5 |
| 1.1.Covid 19 | 5 |
| 1.1.1. <i>Reseña Histórica de la Pandemia</i> | 5 |
| 1.1.2. <i>Consecuencias de COVID 19</i> | 8 |
| 1.1.2. <i>COVID19 en Ecuador</i> | 13 |
| 1.1.3. <i>COVID en personal sanitario y sus repercusiones</i> | 16 |
| 1.2.Afectaciones a la salud mental | 18 |
| 1.2.1. <i>Salud mental</i> | 18 |
| 1.2.2. <i>Repercusiones en la salud mental de los profesionales sanitarios</i> | 24 |
| 1.3. Variables psicosociales relacionas a la salud mental | 28 |
| 1.3.1. <i>Inflexibilidad psicológica</i> | 28 |
| 1.3.2. <i>Soledad y apoyo social</i> | 30 |
| 1.3.3. <i>Estrategias de afrontamiento</i> | 31 |
| 1.3.4. <i>Retos y desafíos de la COVID 19 en profesionales de la salud</i> | 32 |
| Capítulo dos | 35 |
| Metodología..... | 35 |
| 2.1. Objetivos..... | 35 |
| 2.2. Preguntas de investigación..... | 35 |
| 2.3 Diseño de investigación | 36 |
| 2.3.1 <i>Población y muestra</i> | 37 |
| 2.4 Criterios de inclusión / exclusión | 37 |
| 2.5 instrumentos | 38 |
| Capitulo tres | 44 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| Discusión | 49 |
| Conclusiones | 55 |
| Recomendaciones | 57 |
| Referencias..... | 59 |

Índice de figuras

| | |
|---|------------|
| Figura 1 Imagen de línea de tiempo de los eventos relevantes ocurridos en los primeros días de la epidemia en el Ecuador | 144 |
| Figura 2 Imagen del Modelo de la Hexaflex | 30 |

Índice de tablas

| | |
|--|------------|
| Tabla 1 Recursos Económicos y materiales | 44 |
| Tabla 2 Características sociodemográficas y laborales del personal de salud | 44 |
| Tabla 3 Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud | 456 |
| Tabla 4 Percepción de la salud mental del personal de salud..... | 478 |
| Tabla 5 Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad..... | 48 |
| Tabla 6 Calidad de sueño del personal de salud | 49 |

Resumen

El personal sanitario durante la pandemia por COVID 19, libró una batalla directa contra el virus por lo que su salud mental se vio comprometida, por ello el presente trabajo tiene como objetivo, describir el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios después de la pandemia de COVID 19, para ello se utilizó un enfoque cuantitativo con diseño de tipo no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 profesionales de la salud que laboran en el sector del Valle de los Chillos de la ciudad de Quito durante el año 2022 a quienes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, el inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS), la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), el Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II), la escala de Soledad (UCLA-3) y el índice de calidad de sueño (PSQI). Se concluye que la mayoría del personal sanitario posee herramientas para enfrentar situaciones estresantes y la mayoría posee una adecuada salud mental, sin embargo, no se debe desestimar el personal con puntuaciones altas pues son signos de alerta.

Palabras claves: Personal sanitario, salud mental, COVID 19.

Abstract

Health personnel during the pandemic by covid 19, fought a direct battle against the virus so their mental health was compromised, for this reason, the present work aims to describe the state of mental health of health workers after the pandemic of covid 19, for which a quantitative approach was used with design of an experimental, transversal, exploratory and descriptive type. The sample consisted of 40 health professionals working in the sector of the valley of the chillos of the city of Quito during 2022 to whom a sociodemographic questionnaire was applied, the inventory of chronic work stress (MBI-HSS), the depression, anxiety and stress scale (DASS - 21), the acceptance and action questionnaire (AAQ - II), the loneliness scale (UCLA-3) and the sleep quality index (PSQI). It is concluded that most health personnel have tools to deal with stressful situations and most have adequate mental health, having low scores in conditions, however, staff with high scores should not be dismissed as they are warning signs.

Keywords: Health personnel, mental health, COVID 19.

Introducción

Las tareas y la cotidianidad de los trabajadores sanitarios están cargadas de altos niveles de estrés, tensiones y ansiedad, por ello, son susceptibles al sufrimiento psicológico y por lo tanto propensos a la desestabilización emocional, en tal sentido, es importante explorar las características de este fenómeno y tener investigaciones al respecto (Esperidião et al., 2020).

Sobre las investigaciones desarrolladas, en un metaanálisis sobre la salud mental en esta población se han recolectado 13 estudios donde se encontró una prevalencia del 23.2% de ansiedad y 22.8% en depresión (Pérez, 2021), por otro lado, el síndrome de Burnout en el Ecuador es un fenómeno que crece, pues más del 90% del personal presentó niveles elevados de Burnout, afectando en mayor proporción a enfermeras y personal médico (Vinuesa et al. 2021). Dichos estudios revelan la vulnerabilidad en el área de salud mental que atraviesa el personal sanitario, por lo que sucesos como una pandemia afectaron a esta población.

La pandemia de COVID 19 fue un evento de gran presión para el personal sanitario, pues fueron protagonistas de la lucha constante y diaria para combatir el virus en toda la población, lo cual acarreó un desgaste físico y mental con sintomatología como el estrés, ira, depresión etc., (Lozano, 2020), en tal sentido es importante conocer el estado de salud de los profesionales, por ello, que el propósito de esta investigación es describir el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector del Valle de los Chillos de la ciudad de Quito durante el año 2022.

Para lograr dicho objetivo, mediante la aplicación de cuestionarios, se identificaron los niveles de bournout, estrés, ansiedad, depresión, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad del sueño, esto con el fin de reconocer las afectaciones en la salud mental. Tanto el personal sanitario como las instituciones de salud pública dieron su total colaboración para la entrada en el campo de la investigadora lo que facilitó el acceso a los participantes, sin embargo, los extenuantes horarios de trabajo y las distintas obligaciones de los

profesionales de salud dificultaron la toma de la información , tomando más tiempo de lo estimado.

Este trabajo tiene un enfoque cuantitativo debido a que se brindó una respuesta en medición numérica y métodos estadísticos (Hernández et al., 2014), con un diseño no experimental ya que se estudiará la realidad en su entorno natural y sin manipulación de las variables (Aigner 2008); transversal, pues se realizará una sola medición en un solo tiempo (Rodríguez y Mendivelso, 2018); exploratoria, debido a que busca el conocimiento de un fenómeno poco estudiado (Cauas, 2015) y descriptiva pues detalla los componentes principales (Guevara et al, 2020).

Consta de un primer capítulo denominado marco teórico donde se describe al COVID 19 en el contexto de los acontecimientos transcurridos en el Ecuador, y se detalla las variables a estudiar con la particularidad que tienen estas en el personal sanitario, además de estrategias de afrontamiento que podrían utilizarse, en el capítulo II, se describe la metodología a utilizarse, objetivos de la investigación, la descripción de la población, muestra e instrumentos de valoración, finalmente en un tercer capítulo se dará a conocer los resultados, conclusiones y recomendaciones a las que llego el presente estudio.

El estudio de la salud mental en profesionales sanitarios debe considerarse como fundamental en las instituciones de salud , pues si bien la pandemia es un evento de gran estrés, persisten otros elementos del día a día, que podrían llegar a ser estresantes, por ello, tener una base del estado de salud mental de los profesionales promueve la intervención y permite generar accionares saludables, del mismo modo, se podría evitar incluso que se agrave la sintomatología ansiosa, depresión, cansancio emocional etc, en caso de existirla.

Capítulo uno

Marco teórico

En el siguiente capítulo se dará a conocer la base teórica, definiciones y las caracterizaciones de los distintos elementos que respalda y sustenta a la investigación. Siendo fundamental iniciar con fundamentos teóricos sobre la pandemia para tener mayor comprensión sobre la afectación del COVID 19.

1.1. Covid 19

COVID 19 o también llamada enfermedad por coronavirus, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad infecciosa, cuya causa se debe al SARS-CoV-2, en la que se puede experimentar síntomas de una enfermedad respiratoria, de leve a moderada que se propaga desde que el individuo infectado que expulsa pequeñas partículas desde la boca o nariz cuando tose, habla etc., que pueden recuperarse sin tratamiento, sin embargo, se ha visto agudización del cuadro clínico hasta la muerte en varios individuos de la población, esto se debe a que la mayoría de los coronavirus, causan enfermedades respiratorias en seres humanos, desde leves hasta fatales (Peng et al., 2020)

1.1.1. *Reseña Histórica de la Pandemia*

La palabra pandemia se deriva etiológicamente de la palabra griega “pandêmonnosêma”, que significa “enfermedad del pueblo entero”, y su definición se enmarca en un complejo debate al estar compuesto por el elemento biológico de la enfermedad y las estructuras políticas, sociales y económicas de los países, por lo que puede ser explicado desde diferentes enfoques sociales, con diversas construcciones y enmarcada en distintas corrientes de pensamiento social, además de no estar solo en el marco de salud-enfermedad que cada nación debe enfrentar (Henao-Kaffure, 2010).

Sin embargo, se va a definir la Pandemia como la expansión internacional que rebasa geográficamente una enfermedad infecciosa que se propaga

descontroladamente infectando a los individuos manteniéndose en el tiempo, también reconocida como la extensión de una epidemia (Peláez y Más., 2020).

En la actualidad, varias patologías se han declarado como pandemia de las cuales se han extendido esfuerzos por erradicarlas y reducir daños, sin embargo, la pandemia por COVID 19 fue un evento trascendental a nivel mundial, al ser una enfermedad con una propagación inmediata y que además representó una serie de consecuencias en varias esferas del ser humano, siendo declarada por Beasley director del Programa Mundial de Alimentos como una catástrofe humana mundial (Placeres et al., 2021).

Es importante considerar que, el virus SARS-CoV-2 (virus del COVID 19) tiene una rápida propagación al ser transmitible de persona a persona a través de secreciones respiratorias, contacto cercano y gotas respiratorias que alcanzan una distancia de dos metros, pudiéndose desarrollar la enfermedad y agravar en cualquier persona, por lo que, desde su aparición el 8 de diciembre del 2019, se dio un contagio rápido en numerosos países a nivel mundial pues el contacto entre humanos es inminente, con ello, lo que se consideró en un principio como una epidemia, los brotes masivos en varias regiones a nivel mundial, hizo que se declarara como pandemia pues debía tomar medidas de mayor impacto como el aislamiento y protocolos para la interacción social (Maguiña et al, 2020).

Sobre todo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró el 11 de marzo de 2022, al COVID 19 como pandemia pues hasta dicha fecha se registró 118.000 casos de contagio en 114 países y la muerte de 4291 personas a causa de este virus, dichas cifras fueron consideradas como alarmantes, por lo tanto se debía hacer un llamado a todos los países para activar los planes de pandemia y que preparen una respuesta que se adapte a la comunidad para combatirlo (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Ahora bien, el Epicentro del virus COVID 19 fue en Wuhan provincia de Hubei en China, como un brote de neumonía con un conjunto de signos y síntomas nunca

antes vistos, los pacientes estaban vinculados por ser consumidores de un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos no procesados en la ciudad mencionada; para el mes de Enero del 2020, se dio un contagio exponencial a nivel mundial, los primeros reportes de casos se dieron en países de Taiwán, Tailandia, Japón, Emiratos Árabes, luego hubo avance en toda Europa, en Bordeaux, Francia, en América, su primer caso fue en Washington y en Sudamérica fue en Sao Paulo Brasil, un hombre de 61 años que regresó de Europa (Koury y Hirschhaut, 2020).

Sin embargo al inicio del brote para Sojo (2020), el virus por COVID 19 y sus efectos fueron minimizados en varias regiones, pues al inicio China lo expuso como un virus no trasmisible en personas y el consejo técnico asesor del Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades lo catalogó de bajo riesgo de propagación, por lo que no se diseñaron medidas, negándose a interrumpir eventos masivos, además, los gobiernos mundiales no contaban con estrategias para enfrentarse y dar una respuesta exitosa ante pandemias, lo cual creó un ciclo de pánico y abandono, que en el caso de América Latina presentó puntos aún más problemáticos por su desigualdad socio económica, restricciones en la difusión de la innovación, crisis política, atropello de los derechos entre otros.

Debido al creciente número de personas que se estaban infectando, al igual que las muertes en población vulnerable, se implementaron distintas medidas que ayudaron a prevenir el contagio comunitario, por ello, Sedano et al. (2020) describe que las principales medidas fueron primero, el aislamiento social, es decir la separación de las personas infectadas a fin de evitar contagios, la segunda fue la restricción de la movilidad de las personas no infectadas, con el fin de disminuir la interacción denominado cuarentena, y por último el uso de mascarilla obligatoria y otros elementos sanitarios, especialmente en los profesionales de la salud como batas, guantes, etc.; además de la adopción de medidas sanitarias según las necesidades culturales y sociales de cada nación.

No obstante, la principal herramienta para aplacar los efectos negativos del virus fue la creación de una vacuna, por ello, desde el momento que se dio inicio la pandemia las potencias mundiales en conjunto con distintas industrias farmacéuticas como CanSinoBiologics de China, Instituto Gamaleya de Rusia, Vacuna Pfizer/BioNtech de Estados Unidos en conjunto Alemania, iniciaron investigaciones y una carrera en contra tiempo por encontrarla, aunque la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) para el 26 de junio de 2020 se presentó 4 propuestas, esperando el desarrollo de una vacuna para 18 meses, las farmacéuticas mencionadas tuvieron resultados en menor tiempo y mayor satisfacción (Ruiz, 2021).

En cada país se adoptaron programas de vacunación contra el COVID 19, los cuales estuvieron dirigidos por los gobiernos nacionales, con el fin de obtener una cobertura eficaz que sea económicamente sustentable, es así que se llevó a cabo una campaña para la vacunación de la población, que generó cierta resistencia, sobre todo se manifestaron colectivos anti vacunas que fueron renuentes a la decisión de vacunarse, lo que significó un riesgo a nivel individual y colectivo, pues se dieron incontrolables brotes en la comunidad (Galindo y Molina, 2021).

En líneas generales, la pandemia por COVID 19 fue un evento con una aparición impactante, silenciosa y veloz, una combinación devastadora para la humanidad y que resultó ser un reto el aplacar sus efectos. Si bien, se ha presentado los eventos más importantes de manera general, este virus tuvo un paso por cada país agravando las circunstancias que se estaban desarrollando, poniendo un alto a la cotidianidad para concentrarse en sobrevivir a este virus. La humanidad se enfrentó a la inmediatez de un virus con efectos de gran magnitud y que incluso ha cambiado la forma de ver la vida misma.

1.1.2. Consecuencias de COVID 19

El Virus de Covid 19 es una enfermedad que afecta gravemente la salud de los individuos, por lo tanto, a la familia y personas cercanas de los pacientes. Al respecto, Molina (2020) lo considera como una amenaza global que ha afectado a más de 10

millones de habitantes en todos los ámbitos, especialmente en la salud física de los individuos. A continuación, se describirá las consecuencias del COVID 19 en distintos ámbitos.

Ámbito social. El aislamiento social y el confinamiento fue una de las medidas más importantes para prevenir la propagación del virus, sin embargo se convirtió en un elemento desencadenante para el incremento de distintas enfermedades tales como: ansiedad, depresión, además de generar un deterioro del estilo de vida por el impedimento del desarrollo de las actividades diarias e incluso buscar nuevas formas de supervivencia donde factores como la edad, estrato social, nivel económico se volvieron importantes al momento de enfrentar aquella cotidianidad, lo que provocó reacciones estresantes más frecuentes y con ello somnolencia, la inquietud y aumento o reducción del consumo de alimentos (Apaza, et al., 2020).

Ahora bien, las medidas tomadas por los gobiernos, como el confinamiento detuvieron el contagio, sin embargo, se presentaron otros problemas como un incremento en la violencia contra las mujeres, pues el encierro muchas veces suponía convivir con el agresor, esto se comprobó con el reporte de las instituciones de emergencia a través de las llamadas telefónicas realizadas por las víctimas o personas cercanas, para ser después derivados a los servicios especializados en violencia (Valdez et al. 2021).

Así mismo, la pandemia reflejó las desigualdades que afectaron a los más vulnerables como son los niños/niñas y adolescentes, sobre todo, de las clases bajas, ya que se presenciaron la inseguridad y peligros marcados por la violencia intrafamiliar debido al estrés acumulado por la situación económica y social que estaba atravesando la familia, así mismo, el alejamiento de los niños/as de círculos protectores que brindaban apoyo como las escuelas, lo cual fue un detonante importante para el aumento de los casos de vulneración de derechos a esta población (Rickli y Fornazari, 2022).

Otro cambio visto a raíz del confinamiento fue la modificación de los estilos de vida de los individuos, cuya cotidianidad tuvo que desplegarse a través de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC), siendo esta muy importante en cuanto al desarrollo individual y organizaciones, ya que se requería una forma ágil y rápida para continuar con las actividades, además fueron la solución más viable para continuar con las actividades, siendo una herramienta primordial para cumplir las exigencias sanitarias y la vía de comunicación de preferencia en época pandémica (Cervantes y Chaparro, 2021).

Sin embargo, con la aparición del COVID 19, nace una lucha para combatir la Infodemia que se deriva de la conjunción de los términos de epidemia e información, esta se conoce como la rápida propagación e incremento de información de un tema y que evita que se tenga de fuentes fiables y válidas para la toma de decisiones; principalmente se da una mezcla de información científica con datos incorrectos, noticias falsas, distorsionadas, rumores y datos manipulados, lo que crea dificultad en procesamiento de información, impactar negativamente en la salud y bienestar con la creación de confusión, miedo y ansiedad por el bombardeo de información (Placeres, 2021).

Ámbito económico. El alto nivel de contagios y las medidas adoptadas repercutió de forma negativa en la economía a nivel mundial, donde el desempleo se volvió una preocupación creciente durante la pandemia debido a los despidos, cambios salariales y de exceso de funciones empresariales; esto fue ocasionado principalmente por la crisis económica, obligando a muchos a buscar empleo (Salameh et al., 2020). De manera similar se dio el aumento de la moneda, crisis económica, y pérdidas por las diversas medidas de contingencia entre otras (Ribot et al., 2020)

La débil capacidad de resolución de los gobiernos ante los gastos imprevistos, generó un impacto socioeconómico mundial durante el 2020, descrito como la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial; este golpe afectó a países en vías de desarrollo, pues el gasto fue mayoritariamente al ámbito de la salud que era más

importante, mientras que las exportaciones e importaciones de materia prima, productos etc., disminuyó dado que el mundo enfrentaba problemas para la entrada de mercancías, para su comercialización del exterior, en el caso de Ecuador durante la pandemia hubo un descenso en la economía con el desplome del PIB a 6,4%, los recursos tuvieron que ser replanteados, el costo de vida incrementó sobre todo la imposibilidad de comercialización de exportaciones se enfrentaba a situaciones críticas (Berrones y Díaz, 2020).

De tal manera, la práctica de comercio libre o callejero fue fuente de sustento de varios hogares con cierto peligro ya que al ser intermediario contrae más posibilidades de extorsión, por otro lado para los microempresarios las dificultades se vinieron cuando las restricciones eran fuertes, el cierre de vías y estados de emergencia como el alza de impuestos, hizo que muchas personas cerrarán sus emprendimientos dedicándose a subempleos industriales dada la falta de oportunidades para mejorar economías independientes (Esteves, 2020).

Ámbito psicológico. Las emociones generadas por la COVID 19 y sus distintas medidas para la propagación tuvieron un gran impacto en la población, desatando varios problemas en la salud mental como miedo excesivo a salir a espacios públicos, negativa para recibir tratamiento por la enfermedad, pánico de interaccionar con otras personas, aumento del estrés, ansiedad, sueño perturbado y otros síntomas que pudieran llegar hasta instancias de psiquiatría (Salameh et al., 2020)

Del mismo modo, Huarcaya (2020) reveló que el brote SARS-CoV2 además de ser la principal causa de aislamiento social, genera:

Un incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución de las emociones positivas (felicidad y satisfacción). Luego esto generó un comportamiento errático entre las personas (...) incrementando la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren (p. 328).

Desde la perspectiva del Ecuador, ante la situación del COVID 19, se pudo notar que muchas personas presentaba estrés agudo, ansiedad ante las medidas tomadas, pensamientos irracionales, comportamientos compulsivos como la compra indiscriminada de papel higiénico, productos de limpieza, comida enlatada, medicina y bebidas alcohólicas etc., creando conmoción, acciones que afectaban a varias personas que al ver situaciones de desabastecimiento en supermercados contrajeron trastornos tales de miedo, ansiedad como incertidumbre (Tenorio, et al., 2021).

Debido a las medidas adoptadas por cada país ante la cuarentena se derivaron una serie de sentimientos, como "(...) desesperación, pérdida de la libertad, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, ansiedad, angustia de no tener contacto físico, contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal" (Marquina y Jaramillo, 2021, p.3).

En México, González et al. (2020), vieron un impacto psicológico en los estudiantes universitarios mexicanos:

(...) durante la fase de confinamiento se presentó poca satisfacción con las formas de realizar sus actividades, sentirse agobiado, con nerviosismo, mal humor, menos activos, invirtiendo más tiempo de lo habitual al realizar las tareas cotidianas, con sentimientos de inutilidad y problemas para disfrutar las actividades normales de cada día (p. 15).

La cuarenta fue una medida adoptada por varias naciones para evitar la propagación comunitaria, sin embargo, tuvo altos costes en la salud mental, la revisión realizada por Brooks et al. (2020), destacan sobre los síntomas psicológicos generales como:

(...) la perturbación emocional, depresión, estrés, mal humor, irritabilidad, insomnio, síntomas de estrés postraumático, ira, y agotamiento emocional, siendo el bajo estado de ánimo y la irritabilidad se destacan por tener una alta prevalencia (...) así mismo hay un abuso de alcohol o síntomas de dependencia se relacionaron con haber estado en cuarentena en los

trabajadores de salud. (...) por último, después de la cuarentena se dan comportamientos de evitación. (p. 3).

Ámbito familiar. Los estados de ánimo en algunos núcleos familiares fueron considerados como estresantes, pues al no verse con frecuencia con personas externas a la familia, cambiaron formas de expresión sintiéndose atrapadas, en otros casos más problemáticos realizaron actos de violencia familiar, esto se reflejó en estadísticas destacadas, en las cuales se determinó que 1 de cada 3 mujeres en todo el mundo fue víctima de violencia física y/o sexual al menos una vez, ya que la violencia de género es toda acción de violencia asociada a un ejercicio de poder fundamentado en relaciones asimétricas, convivencia abusiva y autodestructiva y se vio aumentada en la pandemia (Espinosa, 2020).

El virus trajo consigo una serie de consecuencias que afectaron en la salud física y psicológicas de la población, esto se evidencia con los argumentos antes expuestos que pueden dar cuenta de los cambios provocados a nivel mundial. Cabe destacar que se dio una exacerbación de varios trastornos mentales y la exacerbación de algunas problemáticas ya existentes y otras que aparecieron a causa de la pandemia.

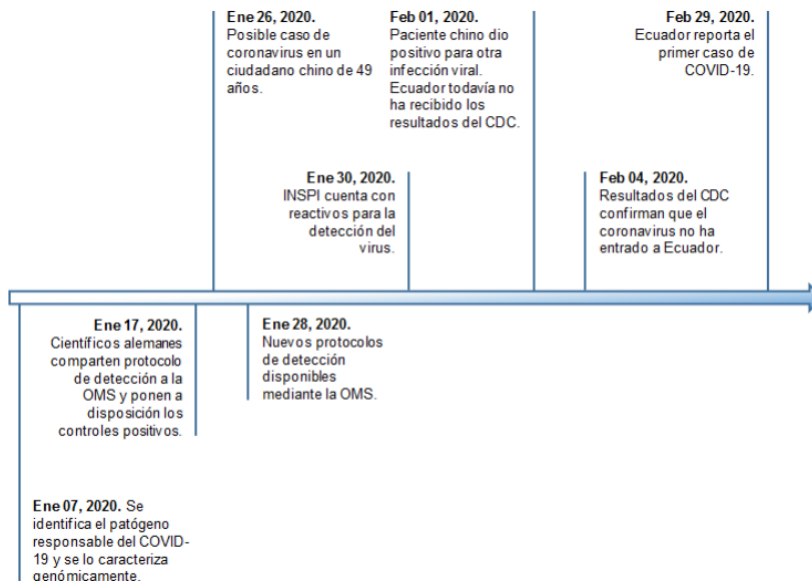
1.1.2. COVID19 en Ecuador

La particularidad y la realidad de cada nación hacen que atraviesen de forma distinta el enfrentamiento contra el virus de COVID 19, por lo que el siguiente apartado se explicará el proceso del Ecuador.

El primer caso sospechoso en Ecuador se trataba de un ciudadano chino de 49 años que tenía varios signos y síntomas asociados al COVID 19, el cual resultó dar negativo y posteriormente murió, sin embargo, para el 29 de febrero de 2020 se reportó el primer caso de COVID 19, se trataba de una ciudadana ecuatoriana residente de España, cuyo diagnóstico se dio 5 días de ser hospitalizada y 13 días de haber llegado al Ecuador (Guerrero, 2020).

Figura 1

Imagen de línea de tiempo de los eventos relevantes ocurridos en los primeros días de la epidemia en el Ecuador



Nota. Se presenta una línea de tiempo con los principales eventos ocurridos en el Ecuador en el inicio de la pandemia. Tomado de Principales eventos ocurridos en Ecuador y a nivel Internacional sobre la detección del SARS-CoV-2 en los primeros días de la epidemia desde la academia (p.5) por Guerrero, 2020), Revista de Ciencias de la vida.

El momento más crítico vivido en el Ecuador se dio entre el mes de marzo y julio del 2020, siendo las ciudades de Guayaquil y Quito epicentros de contagio, especialmente de las ciudades de la costa ecuatoriana las cuales fueron mayormente afectadas al ser también foco de problemas como el dengue y el empeoramiento de la salud pública, en tal sentido, Guayaquil fue noticia principal de los tabloides nacionales e internacionales al encontrar cuerpos regados en las calles, creando una crisis humanitaria por la falta de sanidad y atención de las muertes; esta crisis se convirtió en un impulsador de la inversión de pruebas COVID 19, exteriorización de la fragilidad y la precariedad del sistema de salud del país el cual constituye un problema crónico de la región (Chauca, 2020).

En cuanto a la ciudad de Quito con la adopción de la estrategia de la semaforización y las pautas para la movilización afectó a la economía de las familias, teniendo un declive de los ingresos en los hogares (Coba, 2021). También fue considerado como epicentro y se dio priorización a la salud de los habitantes, lo que provocó un despliegue de distintos protocolos para la circulación y brindando herramientas manejadas bajo campañas para baja la activación conductual cuyo fin era guiar a la ciudadanía a la prevención y regular las actividades dentro del distrito (Moncayo, 2021).

La crisis en el Ecuador, para León y Vaca (2021), se generó principalmente por la inactividad de protocolos para la prevención de la llegada del virus al país; el mes de enero y febrero fueron cruciales pues se permitió el ingreso y un inadecuado control de la llegada de compatriotas residentes en España y Italia, países que eran epicentro en Europa, aunque a raíz de la llegada de la pandemia por COVID 19 al país, la Gestión de Riesgos de Desastres en el Ecuador, implementó una serie de medidas a nivel país, entre ellas el estado de excepción y la semaforización constituida por rojo, amarillo y verde, los cuales indicaban una serie de pautas ante la movilización, aforo y manejo de la vida cotidiana.

El sistema de salud del Ecuador, antes de la pandemia, se encontraba en el proceso de combatir las problemáticas de salud ya existentes, además para Molina (2019) existía una afectación en la prestación de servicios y las redes integradas. Con la llegada del virus, se dio un declive y una crisis en el sistema de salud al tratar de detener y solventar las exigencias del medio debido a la exponencial propagación del virus. Cabe destacar que no hubo una adecuada implementación de protocolos y lineamientos para la prevención y promoción de la salud, no solo para la atención del COVID 19, sino también sobre otras problemáticas existentes y que agravaron la situación a nivel país, pues otras enfermedades no tuvieron la atención necesaria y varias fueron postergadas.

Las cifras a nivel nacional a partir del 13 marzo del 2020, cuando el Servicio Nacional de Gestión de riesgo y emergencias del Ecuador emitió su informe de la situación de COVID 19, hasta el 19 de octubre del 2021, los organismos oficiales registraron un total de 515659 casos confirmados de los cuales el 49% fueron mujeres y el 51% hombres y un total de 191834 fallecidos aproximadamente (Rojas et al., 2022). Por otro lado, Statista Research Department (2022) informó que, para mediados de julio de 2022, los organismos oficiales registraron 927.000 casos por COVID 19 a nivel nacional y las muertes superan los 35.000 habitantes.

La creación de una vacuna fue considerada una luz de esperanza para aplacar las consecuencias generadas por el virus, por ello, para el 18 de febrero del 2021 se dio a conocer por organismos mundiales, como la OMS, la existencia de siete tipos de vacunas para su inoculación principalmente a la población considerada vulnerable, bajo tal contexto, en Ecuador se pone en marcha el plan piloto para la vacunación contra el COVID 19 entre enero y febrero del 2021, posterior de realizó las respectivas modificaciones e inicio oficialmente el “Plan Vacunarse 2021” donde el estado acordó la compra de 20.117.155 millones de dosis Pfizer, Astrazeneca, Covaxx, Sinovac, su primera fase en el mes de marzo y el “Plan de vacunación 9/100” inicio el 31 de mayo del 2021 que implicaba lograr el 86% de vacunas (Jaramillo y Montoya, 2021).

1.1.3. COVID en personal sanitario y sus repercusiones

El sistema de salud fue protagonista de la lucha contra el COVID 19, por lo que tuvo un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida de los profesionales que están a cargo de esta área (Pedroso y Murguía, 2020). El sistema sanitario estaba sobrecargado y con ello el personal sanitario se encontraba en un constante riesgo no solo físico también en su salud mental, específicamente en el Ecuador se señaló como precario (Castro, 2020).

En relación al personal sanitario, al haber una exposición constante ante el sufrimiento y malestar de los pacientes e incluso familiares, se dio una mayor

vulnerabilidad a efectos postraumáticos y otros problemas de salud mental como ansiedad, estrés, miedo, insomnio, irritabilidad, depresión, confusión, frustración, agitación, tensión, agitación motora, ira, expresiones de culpa, auto reproches, inseguridad frente al trabajo, soledad y desamparo, (Gutiérrez et al., 2020)

Por ello la OMS (2020) destacó la importancia de considerar algunos aspectos psicosociales y de salud mental para contrarrestar dichos efectos, como son buscar estrategias para dar respuesta a las cargas laborales, ejercicio físico, pausas activas entre turnos, alimentarse de forma saludable, mantener contacto de forma digital con su familia y seres queridos; así mismo fue importante evitar el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas ya que podría empeorar su salud mental, contar con el apoyo de colegas compartiendo experiencias para generar empatía, alivio y por último el no auto culpabilizarse.

Una de las mayores preocupaciones encontradas en el personal con respecto a su dinámica laboral fue la muerte o las complicaciones que podrían tener si se llegaban a contagiarse, sus colegas, familiares o seres queridos, lo que hizo desencadenar aislamiento; así mismo, el cansancio se presentó en el personal sanitario durante la pandemia, debido al aumento de la carga laboral, confinamiento en espacios pequeños, problemas para descansar, etc., esto desencadenó en problemas para la salud mental que dejó señales, cambiando la forma de relacionarse, trabajar, disfrutar y la calidad de vida que llevaban hasta el momento (Miranda y Murguía, 2020).

En cuanto a la dinámica familiar y las relaciones personales hubo un alejamiento por la preocupación al contagio a sus seres queridos, por lo tanto la separación de fuentes de apoyo como son los núcleos familiares, por otro lado el aislamiento obligatorio tras las jornadas de trabajo impedía continuar con la cotidianidad y tiempo para compartir, esto tuvo mayor impacto en el personal de sexo femenino entre 30-40 años que tenían hijos pequeños o deseo de expandir la familia, pues representaba un estancamiento y mayor responsabilidad con su familia (Patiño et al., 2021).

Ahora bien, los residentes de las distintas áreas de la salud, también se vieron afectados por la pandemia y las distintas medidas adoptadas ya que su instrucción se vio interrumpida provocando una notoria deficiencia de su formación asistencial; hubo suspensión de prácticas presenciales lo que prolongó el tiempo planificado de residencia, varios temas se revisaron vía online el cual no logró suplir la experiencia presencial, tampoco pudieron estar presentes en todas de las áreas importantes en la formación médica lo que provoco sentimientos de angustia y emociones negativas frente al estancamiento (Santa Cruz et al. 2021).

La pandemia por COVID 19 demandó un gran esfuerzo por parte de profesionales de salud para controlarlo y sobrellevar las consecuencias que este trajo sobre la comunidad, apareciendo un desgaste problemático y desajuste de varias áreas de su vida, lo que pone en riesgo a aquellos que cuidan de otros. Hasta la fecha se sigue una lucha por controlar al virus, por lo tanto, el personal de salud continúa sus labores de atención constante en pro del bienestar de los ciudadanos.

1.2. Afectaciones a la salud mental

Si bien el objetivo principal del gobierno nacional fue tratar de reducir pérdidas humanas y aliviar las afectaciones físicas que las personas contagiadas pueden presentar, hubo afectaciones a nivel mental que son importantes en el bienestar de los seres humanos. Por ello en este apartado se conceptuará y se conocerá las afectaciones en la salud mental.

1.2.1. Salud mental

Para la OMS (2022) la salud mental se define como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (...) es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en

un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes (p.1)

El bienestar mental es un componente importante de la población, se entiende como la subjetividad del bienestar, basada en la percepción de aspectos como la autonomía, eficacia, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización, considera también la capacidad personal para enfrentar situaciones de tensión cotidianas, sin dejar de ser productivo y a la vez contribuir al entorno comunitario (Ribot et al., 2020).

Por otro lado, desde el punto de vista de Restrepo y Jaramillo (2012), la salud mental se puede conceptualizar con distintos enfoques de salud enfermedad, entre ellos tenemos “La concepción conductual: Salud comportamental; adaptación como ajuste al contexto y al sistema, concepción cognitiva: Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas; Concepción socioeconómica: Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano”. (p.208)

Ansiedad. La ansiedad dentro de la psicología ha tomado varios conceptos pues la relacionan con los postulados teóricos que cada autor toma con ello varios autores han dejado un legado que aporta a su estudio profundo y han podido encontrar en elementos importantes por ello este puede verse como una respuesta emocional, normal, patológica o incluso como un rasgo de personalidad (Díaz y De la iglesia, 2019).

Ansiedad proviene del latín *anxietas* que se refiere a un estado de agitación, con predominante inquietud anímica, sentir ansiedad en grado moderado es una respuesta humana adaptativa (Sierra et al., 2003). Sin embargo, cuando existe miedo y preocupación excesiva, volviéndose cotidianas y perturbadoras, se presenta como una situación de peligro para el individuo, siendo una conducta des-adaptativa, por lo tanto, se desarrolla un trastorno de ansiedad (Chacón et al., 2021).

En los casos en que una ansiedad esta exacerbada, se desarrolla un trastorno de ansiedad clasificados como: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT); los síntomas pueden presentarse de leves a severos, lo que puede llevar a los individuos a generar un trastorno crónico con más episodios de ansiedad afectando la calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Cabe mencionar, que la ansiedad es considera una alteración emocional que se acompaña por respuestas subjetivas, fisiológicas conductuales similares al miedo causando desbalance en el ámbito personal, familiar, social, socioeconómico, etc., afectando la calidad de vida, disminuyendo la productividad, afectación en la habilidad para resolución de problemas, dificultad para ter interacciones sociales, disminución del auto concepto, poca capacidad de relajación y salud en general (Molina et al., 2020).

Depresión. La naturaleza humana lleva a vivir reacciones emocionales ante estímulos que sirven de catalizador para procesar los acontecimientos que se viven, una de estas reacciones emocionales comunes que se experimenta es la tristeza. La tristeza se define como un estado emocional donde la persona deja de sentirse satisfecho y pleno, considerándose como una emoción básica junto con la felicidad y el miedo (De la Serna, 2017).

Sin embargo, cuando se produce un sentimiento de tristeza exacerbada se habla de depresión, la cual para la Asociación Americana de Psicología (2017) la define como una profunda tristeza o desesperación que tiene una duración de más días, que en varios casos llega a somatizar es decir provocar dolor físicos, obstaculizando el realizar actividades de la vida cotidiana de los sujetos.

Por consiguiente, para Botto (2014) este se convierte en un problema de salud mental y física que sigue siendo discutida en varios enfoques, pues este es un trastorno

complejo etológicamente que puede ser dirigido por distintas vías y se encuentra ligado a distintos factores que lo desencadenan y provocan una serie de manifestaciones en la salud del individuo, pero que en definitiva puede considerarse como un trastorno afectivo que se evidencia un bajo estado del ánimo, la autocrítica y el perfeccionismo.

Las personas que atraviesan un episodio o trastorno depresivo pueden experimentar síntomas como visión de túnel, misma que se enfoca únicamente en decepciones, lo negativo de cada situación, desvalorizándose, quedando en la incapacidad de afrontar problemas cotidianos, así como distorsiones en las que no podrá percibir las situaciones positivas, en este sentido, influyen las interacciones de factores personales, psicosociales, familiares y médico psiquiátrico, por lo que se vuelve en un fenómeno complejo llamando la atención del entorno convirtiéndose en un problema de salud pública, sin embargo el principal factor que aparece en este fenómeno es la depresión que va acompañado por cambios de la conducta, irritabilidad, desesperanza y culpa (González et al., 2014).

Estrés. El estrés es considerado un fenómeno multivariable, ya que esta reacción es el resultante del individuo y las demandas ambientales a las cuales debe dar una respuesta, poniendo en marcha los recursos de afrontamiento (Belkis et al., 2015). En este sentido para la OMS (2004) el estrés laboral es la reacción que una persona tiene frente a las presiones laborales que ponen en duda la capacidad del propio conocimiento, del poder enfrentar las dificultades y la sensación de no tener las herramientas necesarias, por otro lado, se ha dado una variante en el ámbito de medicina denominado distraes o estrés negativo, al estrés que produce síntomas que causan malestar.

El estrés es considerado uno de los problemas de salud de mayor impacto en la actualidad pues pone en riesgo el bienestar individual, existen índices elevados de estrés que han producido bajo rendimiento, malestar psicológico y en varias ocasiones

físico; debe considerarse que hay una estrecha relación con la persona y los eventos de su medio, que suelen ser el desencadenante (Escobar et al., 2018).

Referente a la pandemia de la COVID 19, Extremera (2020) mencionan que, el estrés se ha convertido en un enemigo de la población y ha logrado afectar a más de un sector de la población, de diferentes edades y condiciones sociales, esta pandemia ha logrado desencadenar la aparición de emociones como ansiedad, estrés, frustración, también la inadaptación debido a la incertidumbre de la situación y por supuesto a la exposición del riesgo real de contagio así como la sobreinformación (Duan y Zhu, 2020).

Burnout. El término “Burnout” al ser traducido al idioma español se conoce como el síndrome de sobrecarga emocional, desgaste y fatiga en los trabajadores cuya importancia radica en la afectación de la calidad de vida y la salud mental del trabajador, lo que pondría en peligro su propia salud pues desencadena en agotamiento, descompensación de los recursos adaptativos y síntomas de ansiedad; así mismo, hay una afectación en las condiciones laborales y con ello la calidez y calidad a los pacientes (Lauracio y Lauracio, 2020).

Desde el punto de vista la OMS (2019) este fenómeno es propio del ámbito laboral y se caracteriza por la siguiente tríada “agotamiento emocional (frustración, cansancio del trabajo), segundo desvinculación afectiva y cinismo (falta de empatía con los pacientes) y la reducción del sentido de eficiencia personal es decir hay una pérdida de sentido.

De acuerdo con Saborío e Hidalgo (2015) se han desarrollado manifestaciones observables que pueden definir la gravedad de la afectación, cuando es leve los síntomas son cansancio, dificultad para levantarse y quejas vagas, en cambio cuando el grado es moderado se presenta suspicacia, aislamiento y negativismo, por otro lado, cuando es grave hay ausentismo, aversión, abuso de estupefacientes y repuesta

enlentecida, por ultimo cuando son extremas podría llegar al suicidio, colapso, aparición de cuadros psiquiátricos y aislamiento completo.

Alteraciones del sueño. El sueño, es considerado un periodo biológico de inconciencia donde sigue funcionando activamente el cerebro, el cual se compone por dos fase: la primera se caracteriza por tener un movimiento ocular rápido, denominada fase REM y la segunda es sin movimiento ocular rápido, y se denomina NREM ; es importante considerar que, esta es una necesidad básica, pues tiene como objetivos reponer las fuerzas, ayudar a procesar nueva información, mantener saludable a todos los sistemas y rejuvenecer, por ello que, las alteraciones en el sueño tienen afectación en procesos vitales del ser humano, impidiendo el correcto desarrollo de las en esferas físicas y mentales (Carmona y Molés, 2017).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), los trastornos de sueño vigilia se encuentran organizado por 10 grupos siendo los más comunes: el insomnio, hipersomnia, narcolepsia, personas afectadas presentan típicamente insatisfacción con la calidad y cantidad del sueño, trayendo consigo malestar durante el día, deterioro en los rasgos centrales con los sistemas compartidos con el sueño (Asociación Americana de psicología, 2014).

Además, la mala calidad del sueño aumenta la probabilidad de experimentar emociones que producen malestar psicológico después de eventos vitales disruptivos, así también disminuye los efectos beneficiosos que se obtienen de eventos vitales con una connotación positiva, se convierte así en un factor de riesgo junto con el aislamiento social y el confinamiento obligatorio, el insomnio es considerado un predictor de intento de suicidio que se ubica en el mismo nivel de la existencia de un plan en específico para cometer suicidio (Ramírez et al. 2020).

1.2.1. Repercusiones en la salud mental de los profesionales sanitarios

Debido el incremento de pacientes por la pandemia, el personal sanitario se vio en la obligación de extender sus horas de trabajo, aumentando así el experimentar Burnout, trastornos de tipo emocional, ocasionados por la imposibilidad de estar cerca de su familia (Castro, 2020). La pandemia en consecuencia generó varias alteraciones físicas y mentales, sumado a la falta de tratamientos, equipamiento médico y espacio especializado destinado a los casos positivos, desembocaron en temor a la muerte, sufrimiento y repercusiones en la salud mental de la población (Ribot et al, 2020)

Es importante destacar el informe realizado por The COVID 19 Health Care Workers Study (HEROES), con la participación de 14.502 trabajadores sanitarios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay el cual arrojó que el 14.7% y 22% de personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras que entre un 5 y 15% del personal dijo que pensó en suicidarse, esto da el reflejo del desgaste que está teniendo esta población y las consecuencias negativas colaterales en la salud mental (Organización Panamericana de la salud, 2022)

Ansiedad. El aparecimiento de la pandemia de COVID 19, obligó al personal sanitario a enfrentar de manera directa los casos positivos a pesar de no tener conocimiento de todo lo que involucraba, esto generó el aparecimiento de creencias de tipo hipocondriacas e ideas irracionales, junto con conductas que se tornaron desadaptativas como demasiadas consultas médicas o por el contrario evitarlas, también generó el uso elevado de productos de higiene y limpieza (Rodríguez et al, 2022).

Cabe señalar que los niveles de ansiedad en el personal de salud se dispararon durante la pandemia, debido a una serie de factores estresantes que los rodeaban en el trabajo y el cambio de la cotidianidad que vivían en el exterior, es así como, aparecieron síntomas relacionados a la ansiedad como el nerviosismo, intranquilidad o inquietud, trastorno derivados como la fobia la cual es el medio intenso

desproporcionado e irracional que se acompañaba por taquicardia ante situaciones u objetivos concretos, sudoración, irritabilidad, dificultad de conciliar el sueño, aumento de apetito entre otros (Miranda y Murguía, 2021).

La presencia significativa de estrés y ansiedad han hecho que afecten la salud mental e incluso pueda desarrollarse una futura morbilidad psiquiátrica, debido a los intensos cuadros intensos de miedo de pánico y conducta obsesiva, mayoritariamente presentada en prevalencia en mujeres, el estudio de Obando y sus colaboradores encontró que el 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés, afectando directamente en la capacidad de las actividades laborales, académicas y por lo tanto sus esferas importantes, desencadenando a conductas suicidas (Obando et al., 2021).

Depresión. La salud mental de los trabajadores sanitarios también se vio afectada, en el aspecto psicológico y emocional, esto pudo obstaculizar la capacidad de toma de decisiones por parte del personal, puesto que se encontraron expuestos a diversas situaciones como la incertidumbre, tendencias depresivas y preocupación ante el fallecimiento de los pacientes, es de vital importancia destacar que, se ha encontrado mayor prevalencia de depresión en mujeres enfermeras que se encuentran en primera línea y han estado en la zona de emergencia, esto ha producido una afectación en la capacidad de realizar las actividades cotidianas e interfiriendo en su calidad de vida, pudiendo incluso desencadenarse en tendencias y pensamientos suicidas (Monterrosa et al., 2020).

El trabajar en el contexto de emergencia implica un contacto directo con pacientes con alguna enfermedad por lo que existe una gran probabilidad de contagio de algunas enfermedades, en tal sentido, el personal de enfermería que se encontraron cerca de casos por COVID 19 generaron preocupación y con ello aparición de niveles altos de ansiedad y síntomas de depresión (Carranza, 2021).

En el estudio hecho por Hernández (2020) a 1 257 trabajadores de la salud de 34 hospitales de China arrojaron que el 50,4 % presenta depresión, el 44,6 % del personal tiene síntomas de ansiedad, 34 % y 71,5 % de todos los participantes informaron síntomas de insomnio y angustia, llegando a la conclusión de que se debe tener una atención especial en la salud mental de los profesionales de salud.

Por otro lado un estudio realizado en la ciudad de Chone a profesionales de primera línea que tuvieron contacto con personas contagiadas por COVID 19 el realizado por Solórzano y Tejeda (2021), obtuvieron como resulta que el 58,33% manifestaron ansiedad y estrés leve, el 42,86% manifestaron estrés moderado y el 28,57% manifestaron una depresión leve; a pesar de no tener datos que lleven a la patología o mayor afectación, los profesionales que obtuvieron puntajes altos dar al respectiva intervención.

Estrés Burnout. El personal sanitario tuvo que dejar de lado situaciones, personas y vivencias que eran realmente importantes para la estabilidad emocional, como por ejemplo enfrentarse al virus y los casos positivos durante jornadas de varias horas seguidas, sin la posibilidad de dormir, sobrecarga laboral, restricciones de salidas para esparcimiento y la ausencia de la convivencia con familiares y amigos (García et al., 2020).

Desde el punto de vista de Koppmann et al. (2020) hay tres elementos generadores de estrés laboral, en primer lugar la autoridad sanitaria priorizó el enfrentarse a los casos positivos COVID 19, dejando de lado patologías habituales y antes existentes, esto se debe a que los casos críticos aumentaban y los espacios físicos disminuían, por otro lado en los profesionales de la salud tuvo más turnos sin descanso tuvo que lidiar con tareas de tipo administrativo, exigencia de resultados favorables por parte de la población, miedo por el contagio, complicación en su estado de salud, falta de recursos y dilemas de tipo ético y moral que muy poco se ha mencionado.

De acuerdo con el estudio de García et al. (2022) con una participación de 121 personal sanitario encontró que la prevalencia al Burnout es del 3.4% con niveles severos de burnout y no se encontró comparaciones entre médicos/médicas y enfermeros/enfermeras, en cuanto al bienestar psicológico, ni en el burnout. Por otro lado el estudio realizado a 50 médicos en un hospital de Rumania por Dimitriu et al. (2020) se encontró que el 76% tenía un alto nivel de despersonalización agotamiento emocional y disminución en el logro personal.

Los profesionales sanitarios se consideran una población de riesgo a la hora de padecer estrés laboral, pues puede tener múltiples consecuencias en diferentes niveles en conjunto de la aparición de consecuencias a nivel físico, como fatiga crónica, cefaleas y migrañas o alteraciones cardiovasculares; a nivel emocional ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, baja satisfacción laboral, dificultades en la concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración y deseos de abandonar el trabajo; y a nivel conductual, absentismo laboral, abuso de droga, emisión de conductas violentas, alteraciones de la conducta alimentaria, baja productividad laboral, falta de competencia, entre otros (Ortiz, 2018).

Alteraciones del sueño. Las largas jornadas y poco tiempo de descanso del que disponía el personal sanitario durante la emergencia sanitaria, provocaron la ausencia de sueño, especialmente en los enfermeros, esto por su parte generó afecciones en la calidad de atención y en la comprensión de la dinámica laboral por la cual están atravesando (Cavalheir et al., 2021).

Es importante diferenciar la presencia de alteraciones del sueño que son comórbidas con otras patologías y aquel caso en el que se presenta como un síntoma, por ejemplo, en el caso de la depresión se relaciona directamente con la dificultad de conciliar el sueño ya que se presentan etapas de insomnio, también otro ejemplo muy claro de alteración del sueño como síntoma puede mencionarse a la ansiedad (Vaca y Mayorga, 2021).

En los trabajadores de la salud se ha evidenciado que, en comparación con trabajadores no sanitarios presentan mayor prevalencia de insomnio, así también quienes estuvieron en primera línea tienen aún mucha más probabilidad de desarrollar trastornos del sueño (Ramírez, 2020).

De toda la población en la que se vio afectada la salud mental de las personas a causa de la pandemia por COVID 19, los profesionales de la salud fueron quienes más la sintieron o la vivieron más de cerca, puesto que además de enfrentarse a las mismas situaciones a las que debían enfrentarse el resto de la población, a este grupo se le sumaron otros factores desencadenantes de afectaciones mentales tales como, la sobrecarga laboral, el desbordamiento de pacientes en las salas de emergencias, el desabastecimiento de insumos médicos, el enfrentarse a la muerte de pacientes y colegas, todo lo anterior debido a que fueron quienes estuvieron en primera línea tratando de enfrentar a la enfermedad.

1.3. Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

El ser humano cuenta con características individuales que se definen por el contexto y una serie de elementos que se han ido formando a lo largo de su desarrollo socioemocional. En el siguiente apartado se abordará variables psicosociales importantes que se involucran y que afectan en la salud mental de los individuos.

1.3.1. Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica es parte de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) el cual Bond et al. (2011) lo conceptualiza como un patrón rígido de acciones de experiencias momentáneas que orienta a la persona; es decir, el comportamiento del individuo rige por la evitación de las experiencias aversivas teniendo un papel desadaptativo desencadenando síntomas psicológicos como depresión, estrés y demás que causan malestar en el individuo (Delgado et al., 2020)

Este apartado hará referencia a un paradigma de funcionamiento humano que es integrado por diferentes componentes y es sustentado por varios modelos, la inflexibilidad psicológica a la que se hace referencia tiene seis procesos fundamentales: atención flexible al momento presente, aceptación, difusión, el yo como contexto, valores y el compromiso con la acción (Hayes et al., 2012).

Figura 2

Imagen del Modelo de la Hexaflex



Nota. Tomado de Evitación Experiencial, Personalidad, Inteligencia Emocional, Depresión, Ansiedad y Humor, Menéndez Aller, 2020, https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/60328/TFM_%C3%81lvaroMen%C3%A9nde%20zAller.pdf?sequence=4&isAllowed=y

La evitación experiencial puede ser entendida como una dimensión funcional, esta se la utiliza como base del malestar psicológico se presentan los mismos de una forma diferente para permitir el entendimiento de trastornos psicológicos (Soriano y Salas, 2006).

Una hipótesis sobre inflexibilidad cognitiva es la que han presentado los trabajadores de la salud en el transcurso de la pandemia de COVID 19, que se ha evidenciado con la presencia de malestar, displacer, despersonalización (sustrayendo valor a sus pacientes), disminución por el interés hacia los otros, así como pensamientos y emociones negativas, en el caso de los sanitarios sometidos a la exposición de un brote como puede ser el COVID 19, es mayor la tendencia a experimentar estrés emocional severo, implicando problemas físicos y emocionales que pueden afectar la productividad laboral (Valiente Borroso et al., 2020).

1.3.2. Soledad y apoyo social

Una concepción de soledad es la que refiere Salmerón (2021), donde la menciona como un sentimiento negativo y subjetivo al sentir que las necesidades sociales no están cubiertas ya sea juzgando por la cantidad o calidad de las relaciones, no todas las personas lo evalúan de la misma manera, por otro lado, se encontró una relación directamente proporcional entre sentimientos de soledad y problemas de salud mental, pero un dato que generó sorpresa es que en personas que viven solas se halló una correlación negativa entre problemas de salud mental, en otras palabras las personas que vivían solas generaron resultados para una mejor salud mental (Aguilar, 2021).

Se ha mencionado que la soledad es un aspecto un tanto subjetivo, por ello, para propósitos de la presente investigación se hará referencia a los tipos de soledad existente: soledad emocional, soledad relacional y soledad colectiva. La primera hace referencia a la sensación de menor afecto y cercanía de lo deseado en el aspecto íntimo, la segunda refiere a la poca proximidad con familiares y amigos, por último, la tercera es sentirse socialmente poco valorado, algunos datos adicionales serían: la soledad emocional abarcará un grupo de una a 5 personas íntimas, son las personas a quienes se acude en busca de apoyo emocional y la soledad relacional se produce en el grupo de 15 a 50 personas con las que simpatizamos (Gené et al., 2016).

Apoyo social como factor protector. El apoyo social se refiere a una transacción interpersonal entre dos partes, la primera es la fuente de apoyo y la segunda el receptor de ayuda, es por eso que resulta interactivo, así también se evidencia la existencia de emociones, ayuda material e información, se desarrolla en un contexto determinado. Generalmente es brindado por la comunidad y relaciones de confianza y situaciones cotidianas en las que se presenten crisis durante la vida, es el paciente quien determina la satisfacción del apoyo y es por eso que cada tipo de apoyo cumple una función en específica, existen tres tipos de apoyo social: el apoyo emocional hace referencia a la seguridad de confiar en alguien y ser amado, el apoyo instrumental y el apoyo informacional que incluye recibir información o consejo (Ruiz et al., 2020).

1.3.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento pueden ser entendidas como los intentos cognitivos, conductuales y emocionales que evalúan las demandas del medio y estas brindan respuestas frente a las situaciones problemáticas resultando adaptativas pues minimizan las reacciones negativas para ampliar las positivas; es importante reconocer que la presencia de estas estrategias no siempre garantiza el éxito, más bien buscan generar la disminución de conflictos, la búsqueda de beneficios y el fortalecimiento (Zamorano et al., 2023).

Existen servidores de la salud que se encontraban más expuestos que otros a ver afectada su salud mental, los profesionales de enfermería pueden tener mayores dificultades para generar estrategias de afrontamiento adaptativas, debido a las largas horas de trabajo, falta de insumos, altos riesgos de contraer una infección, la fatiga física, la separación con sus seres queridos, problemas relacionados a relaciones interpersonales por miedo a la transmisión del virus, la acumulación de información pudo generar un malestar psicológico de la pandemia o intensificarlo si ya existía (Dullius et al., 2021).

Con el antecedente de la pandemia se pudo evidenciar la carencia de mecanismos de afrontamiento adaptativos en la mayoría de la población, especialmente por los servidores de la salud, es por esto que es importante desarrollar acciones concretas para proteger la salud mental como mantener un rutina sana en su alimentación estado físico e incluso la asistencia con un profesional de la salud mental, si es que los síntomas ya no pueden ser llevaderos, pues el autocuidado es fundamental para la armonía y el desgaste que tiene que enfrentar en su trabajo (Valero et al.2020)

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

La pandemia trajo consigo un colapso en los sistemas de salud de todo el mundo, por tal razón los momentos por los que atravesaron los profesionales sanitarios quedarán grabados permanentemente, pero estos momentos críticos obligaron a generar un cambio en el sistema sanitario, siendo preciso el cambio para abordar demandas y necesidades de los pacientes y el desempeño de Medicina Familiar, adicionalmente la pérdida de empleos y seguro social debido a la pandemia aumentará los niveles de desatención médica, es por ello son sin duda más vulnerables a este tipo de embates sanitarios, limitaciones que, durante la actual crisis sanitaria (Tranche , 2021).

El Sistema Nacional de Salud atravesó momentos complicados, esto involucra también al recurso humano, ya que han existido varias separaciones de su lugar de trabajo a los servidores de la salud, hacen falta políticas que aseguren la estabilidad y derechos laborales, así como la ubicación estratégica de los servidores en los espacios en que sean requeridos, por otro lado en referente a los dilemas éticos a los que tuvieron que enfrentarse médicos se enfocó en decidir que pacientes debían ser tamizados y priorizar pacientes en una realidad donde primaba la escasez, todo esto ocasionado por la pobre infraestructura, desbalance entre oferta y demanda de servicios de salud, aumento de pacientes críticos, etc., (Pérez y Doubova, 2020).

La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no recae exclusivamente sobre la atención primaria, pues la familia, la comunidad y los servicios sociales y de salud pública tienen un papel central ya que son agentes que combaten la soledad de manera; mientras que las organizaciones deben adoptar estrategias de apoyo, adaptarse a una comunicación activa, siendo importante reconocer la normalidad de las reacciones negativas a la pandemia, hacer hincapié en el uso de intervenciones preventivas, resaltar la lucha contra los estigmas y promover la eficacia colectiva (Dullius et al., 2021).

El personal sanitario se enfrentó a varios retos durante la pandemia de COVID 19, entre los principales se identifica: pandemónium, que se deriva de la celeridad del avance de la pandemia y aumento de casos y por supuesto del caos inicial con el que se respondió a la pandemia, un segundo aspecto es la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran magnitud, y un tercer aspecto es la paranoia derivada de la respuesta social del temor ante lo desconocido (Guanche, 2020)

Cabe señalar que otro reto fue el iniciar acciones de autocuidado en servidores de la salud cuya salud mental fue afectada por la pandemia, sin embargo, estrategias del apoyo psicológico, como técnicas cognitivo conductuales para modificar pensamientos o detener los ciclos negativos de los mismos, controlar factores generantes de estrés, manejo adecuado del tiempo, grupos de apoyo, psicoterapia e intervenciones organizacionales, son algunos ejemplos de intervenciones aplicables y que fueron de gran ayuda para dicha población. (López, 2021).

Por otro lado, un desafío importante encontrado en nuestro medio es la ineficiencia para apoyar al personal sanitario, por ello según Ornell et al. (2020) debe darse la creación de protocolos, formación para los profesionales, la normalización de la medicación, la disponibilidad de infraestructura para que los profesionales de la salud puedan actuar, poniendo a disposición materiales y redes de apoyo, la recogida de datos

epidemiológicos para analizar la situación que se presenta en cada región, y toma de decisiones basadas en las realidades.

En el mismo sentido, otra amenaza encontrado fue la falta de control del estrés, este juega un papel importante para mantener la salud mental del equipo de salud, es así que López (2021) recomiendo que es indispensable crear una serie de aspectos para trabajar con personal sanitario dentro del lugar de trabajo, pero también fuera del mismo; se debe empezar con apoyar las necesidades diarias básicas de los profesionales sanitarios fomentando un estilo de vida saludable, el autocuidado, evitar la cobertura mediática de COVID 19, además incluir el uso de técnicas como la relajación muscular progresiva o la meditación para fortalecer y brindar apoyo psicológico por parte de una profesional de salud mental.

Por último, un desafío importante fue emprender y retomar los conceptos básicos sobre atención en salud, para fortalecer y mejorar los servicios, pues el primer nivel de atención debe ser capaz de prevenir, diagnosticar y proveer de la información necesaria, en lo que refiere a enfermedades transmisibles es imperativo consolidar un sistema nacional de vigilancia epidemiológica que permita tomar decisiones acertadas sobre el manejo de pandemias (Policef, 2022).

En situaciones como la que se presentó durante la pandemia por COVID 19, es de suma importancia la práctica del autocuidado, esto en especial referencia para el personal sanitario, que como se mencionó fue el más propenso a desarrollar problemas de salud mental, haciendo hincapié en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas que promuevan el cuidado de la salud mental, por lo que resulta ineludible que el gobierno o las autoridades responsables dispongan el implementar estrategias que propicien dichas prácticas a fin de promover el cuidado de la salud mental en profesionales de la salud.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Objetivos

Objetivo general

Describir el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios después de la pandemia de COVID 19 en el sector del Valle de los Chillos de la ciudad de Quito durante el año 2022.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.
- Reconocer los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal que posee el personal sanitario del sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.
- Identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.
- Identificar la calidad de sueño que posee el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito?

- ¿Qué niveles de Burnout posee el personal sanitario personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?
- ¿Cuál es el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presenta el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica que posee el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito?
- ¿Qué calidad de sueño presenta el personal sanitario que labora en el sector Valle de los Chillos de la ciudad de Quito?

2.3 Diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo que de acuerdo con Hernández et al., (2014) podrá dar respuesta a la pregunta de investigación mediante el uso de estrategias estadísticas con la recopilación de información con instrumentos previamente estandarizados que nos brindaran una medición numérica.

La investigación es de tipo no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva. Al ser de tipo no-experimental indica que los elementos van a ser estudiados en su contexto natural, ya que en el área social es difícil controlar los factores internos y externos, siendo imposible controlar o manipular las variables ya que se invalidaría la información (Aigner 2008), por otro lado, es transversal ya que realizará una sola medición en un solo tiempo de las variables en cada individuo (Rodríguez y Mendivelso, 2018).

En cuanto al ser exploratoria, se busca un avance en el conocimiento de un fenómeno y que ha sido poco estudiado, por lo que incrementa la familiaridad y acercamiento a lo desconocido (Cauas,2015) y es descriptiva pues al ser un tema novedoso que va a recolectar información para dar descripción a detalle los componentes principales y la realidad de dicho fenómeno de estudio (Guevara et al, 2020), en el caso de la presente investigación se tomará información del personal de

salud de un sector de la ciudad de Quito de su estado mental sin ninguna intervención para reconocer la salud mental después de efectos de pandemia, por ello es que se dará un descripción de algunos elementos parte de la salud mental.

2.3.1 Población y muestra

La población definida para el estudio son los profesionales sanitarios que laboran en el Centro de Salud Pintag, Clínica San Rafael y Nova clínica, siendo un total aproximado de 60 personas pertenecientes a diferentes estratos sociales y cuyas edades se encuentran entre los 25 a 60 años.

La muestra para esta investigación es no probabilística, debido a que “suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (Casal y Mateu, 2003, p.5), además de ser por conveniencia que se caracteriza por un esfuerzo deliberado de “seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluido” (Otzen y Manterola, 2017, p.230).

a) Cálculo del tamaño de la muestra

Debido a que se va a trabajar con el 100% de la población, es decir con una población finita, no se recurrirá al cálculo de la muestra con una formula, si no que se trabajará con 40 profesionales de la salud.

2.4 Criterios de inclusión / exclusión

Criterios de Inclusión

- Hombre y mujeres de diferentes estratos económicos
- Formar parte de establecimientos seleccionados como trabajador sanitario
- Tener voluntariedad para la participación
- Firmar el consentimiento informado
- 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 firmar el consentimiento informado.
- No encontrarse laborando en la institución.

2.5 instrumentos

- **Cuestionario ad hoc sociodemográfico**

Las encuestas son instrumentos para recopilar información detallada de una población, que en el caso de ser demográficas obtienen información general para caracterizar a los participantes, indagar los principales hechos demográficos y estado de vida (Figuroa y Trejo, 2003).

Este cuestionario está compuesto por preguntas no estandarizadas el cual contiene información sobre el género, edad, nacionalidad, ciudad, zona en la que trabaja, estado civil, número de hijos, remuneración salarial, así mismo consta de datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de trabajo, tipo de institución, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turno, si la institución provee de los recursos necesarios, entre otras. A más de brindar información para la caracterización de la población, será un preliminar para la inclusión o exclusión de la participación

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

Este es un instrumento que es auto administrado donde se evalúa el estrés crónico en profesionales de la salud. Consta de 22 ítems con una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) y se evalúa tres dimensiones, en primer lugar, el agotamiento emocional, puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo; en segundo lugar, la despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y

distanciamiento con respecto al trabajo y la realización personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo (Gilla, 2019).

Tiene una validez empírica que es apoyada por una buena confiabilidad (Millán de Lange, 2012) según alfa de Cronbach, fueron: 0,86 para Agotamiento emocional, 0,76 para Realización personal en el trabajo y 0,72 para Despersonalización; por otro lado brinda puntuaciones de baja, media, alta dependiendo de los distintos puntos de corte de los autores pero se toma en consideración por percentiles 33 y 66 (Olivares et al. 2014)

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

De acuerdo con Román et al. (2007) este test tiene como objetivo “Evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobre posición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores” (p.1).

Esta escala autorreporte fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfóricos como la tristeza, la ansiedad en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo, así mismo el estrés descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos angustiantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond y Lovibond,1995)

Por otro lado esta posee tres subescalas en las cuales a mayor puntuación general, mayor es el grado de la sintomatología, en este sentido, la primera escala mide la depresión (con ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) cuyos puntos corte más utilizados son 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más, depresión extremadamente severa, la segunda escala mide la ansiedad (con ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) cuyos puntos de corte más utilizados son de 0 a 4 ansiedad leve, 5-

7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más, ansiedad extremadamente severa, y la tercera parte corresponde a la evaluación del estrés (con ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) cuyos puntos de corte más utilizados son 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo (Ruiz, 2017).

Tiene una alfa Cronbach, obteniendo indicadores satisfactorios en la muestra clínica de depresión ansiedad y estrés de escala general DASS-21=.95 y una alta consistencia interna ($\alpha \geq .88$) y una validez consistente en los contenidos (Orellana y Orellana, 2021)

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

Este es un cuestionario Breve de Evitación Experiencial (Gámez, 2014). Este consta de quince ítems que se responden en una escala Likert que va del 1 (Muy en desacuerdo) al 6 (Muy de acuerdo), con niveles satisfactorios, pero sub óptimos de confiabilidad con un coeficiente alfa del beaq se halló entre 0,80 y 0,84 (Valencia, 2018).

Tiene puntuaciones desde 7 a 49, en las que las más altas indican significa que posee mayor inflexibilidad psicológica y cuyo coeficiente de alfa de Cronbach de este instrumento es de 0.88 (Ruiz, 2010).

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

La escala de soledad de UCLA es un test que es auto cumplimentado, el cual está constituido por 3 dimensiones: En primer lugar la percepción subjetiva de soledad, el segundo lugar el apoyo familiar y apoyo social por último los factores de la intimidad con otros y la sociabilidad; estos sirve para poder medir la percepción de la sensación de soledad Este cuestionario está estructurado por de 20 preguntas auto aplicadas y de 5 preguntas que es evaluada por la pareja del paciente, una persona cercana o por su compañero/a de habitación. Su calificación consta de una escala Likert del 1 al 4 y se contestan según la experiencia de (Velarde et al. 2015).

De acuerdo con López Vega et al. (2014) la validez del constructo tiene altas correlaciones entre ítems, se confirma su validez discriminante además la fiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach (0,954) indica que cumple con lo necesario para ser un instrumento de investigación y además de evaluación en la práctica clínica de determinados sujetos. Presenta una confiabilidad realizada través del método de Consistencia interna Kuder Richardson con un índice de 0,92 (Vásquez y Jiménez, 1994).

Índice de calidad de sueño (PSQI)

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), es un cuestionario auto aplicable que proporciona una calificación global que mide de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes (Escobar y Eslava, 2005)

Evalúa 7 dimensiones relacionadas con la calidad de sueño, la primera es la calidad de sueño subjetiva, se refiere a que tan «bien» o «mal» las personas perciben que duermen, luego viene la latencia de sueño, se refiere al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que se comienza a intentarlo, después la duración del dormir, es decir, la cantidad de horas que duermen, como cuarta esta la eficiencia de sueño, se refiere al porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado, quinta las alteraciones de sueño, implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño por mencionar algunos, sexta el uso de medicamentos para dormir y por último la disfunción diurna (Mancilla, 2021)

Tiene un coeficiente de confiabilidad satisfactorio de 0.78 y correlación significativos de 0.53 al 0.77 en cuanto a su validación al castellano se ha probado en población española y colombiana (Jiménez et al. 2008) siendo la última población de validez útil para nuestro estudio ya que el estudio al ser validada en una población que se asemeja a nuestra cultura nos brindaría datos de mayor confiabilidad.

Procedimiento

La presente investigación empezó con la recolección bibliográfica, búsqueda y selección de información que posteriormente fue plasmada en una sábana analítica para ser sintetizada en el capítulo de Marco teórico, esto permitió tener bases científicas y una mayor visión sobre la situación actual y la emergencia sanitaria que tuvieron que atravesar la población de estudio. El COVID 19 fue un evento mundial, donde se reportaron múltiples afectaciones que han sido de interés de varios autores el investigarlos, especialmente en el personal sanitario que fue el protagonista en esta lucha contra el virus, por ende, uno de los más afectados.

La guía otorgada por el Equipo de Gestión del proyecto, brindó una orientación sobre los parámetros y los tiempos que correspondía al desarrollo de las actividades para el avance y ejecución del proyecto investigativo asignado, así mismo, con ayuda del docente tutor se fue logrando el perfeccionamiento de los aparatados y sus revisiones, ofreció una clara explicación, que a posterior serviría para la fase final de resultados; se realizaron reuniones y revisiones sobre el contenido del proyecto de investigación.

En cuanto a la entrada al campo, la investigadora se puso en contacto con las secretarías de cada uno de los centros de salud y posterior con los directores; se realizaron las respectivas solicitudes y posterior la aprobación para la toma de datos. A posterior para la recolección de datos, se organizará con el personal de salud y sus respectivos horarios para la aplicación de los instrumentos ya sean en grupo o de manera individual.

Finalmente, los resultados obtenidos serán analizados mediante pruebas estadísticas o estadígrafos con medidas de tendencia central (media, mediana, moda, desviación estándar), haciendo uso de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, año 2017, siendo interpretadas en gráficos y diagramas para visualización, explicación y comprensión con porcentajes y frecuencia.

Recursos Humanos

Estuvo conformado por el Equipo de Gestión de la UTPL, consejero, asesor y la investigadora.

Tabla 1

Recursos Económicos y materiales

| Rubro | Unidad de Medida | Cantidad | Costo Unitario | Total |
|------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|------------------|
| Unidades USB | USD | 1 | \$ 5.00 | \$ 5.00 |
| Servicio de internet | | 6 | \$ 20.00 | \$ 120.00 |
| Computador Portátil | | 1 | \$ 300.00 | \$ 300.00 |
| Software de análisis | | 1 | \$ 50.00 | \$50.00 |
| Impresiones y copias | USD | 20 | \$ 0.10 | \$ 2.00 |
| | | 40 | \$ 0.02 | \$20.00 |
| Suministros de oficina | | 1 | \$ 5.00 | \$ 5.00 |
| Transporte | | 1 | \$ 500.00 | \$ 50.00 |
| Alimentación | | 1 | \$ 500.00 | \$ 100.00 |
| Otros | | 1 | \$ 40.00 | \$ 40.00 |
| TOTAL | | | | \$ 692.00 |

Nota. En esta se observa los recursos los costos utilizados para la realización de la presente investigación.

Capítulo tres

En las siguientes líneas se desarrollará la presentación y descripción de los resultados obtenidos sobre el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios después de la pandemia de COVID 19 en el sector del Valle de los Chillos de la ciudad de Quito.

Muestra recolectora de datos: 44

Muestra procesadora de datos 42

Tabla 2

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

| | | N | % | | |
|---------------------|--------------------|----------|-------------|-------------|-----------|
| Género | Masculino | 17 | 40,5% | | |
| | Femenino | 25 | 59,5% | | |
| Estado civil | Soltero/a | 14 | 33,3% | | |
| | Casado/unión libre | 18 | 42,9% | | |
| | Viudo/a | 1 | 2,4% | | |
| | Divorciado/a | 9 | 21,4% | | |
| Trabajo por turnos | SI | 24 | 57,1% | | |
| | No | 18 | 42,9% | | |
| Tipo de trabajo | Tiempo completo | 36 | 85,7% | | |
| | Tiempo parcial | 6 | 14,3% | | |
| Tipo de institución | Pública | 21 | 50,0% | | |
| | Privada | 21 | 50,0% | | |
| | | M | Máx. | Min. | DT |
| Edad | | 38,05 | 62 | 24 | 9,35 |

| | | | | |
|--------------------------|------|----|---|------|
| Horas de trabajo por día | 9,40 | 24 | 6 | 2,82 |
| Experiencia laboral | 9,90 | 32 | 1 | 8,01 |

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

En la tabla 2 se puede observar la muestra conformada por 42 profesionales de la salud, de los cuales, 6 de cada 10, es decir el 59,5% pertenecen al género femenino. En cuanto al estado civil, los 42,9% profesionales están casados y 33,3% son solteros. En relación a las condiciones de trabajo, aproximadamente 6 de cada 10 participantes trabajan por turnos, mientras que 9 de cada 10 trabajan a tiempo completo. Finalmente se puede observar una homogeneidad de datos en cuanto a laborar en instituciones públicas o privadas, es decir, la mitad de los encuestados trabaja en instituciones públicas y la otra mitad en privadas.

En referencia a la edad de los participantes, los valores medios se encuentran en edades 38 años, en cuanto a las horas laborables la media muestra un valor aproximado de 9 horas diarias, por último, la experiencia de los participantes se encuentra cercana a los 10 años con una desviación típica de 8.01.

Tabla 3

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

| | | N | % |
|-----------------------|-------|----|-------|
| Agotamiento emocional | Bajo | 24 | 57,1% |
| | Medio | 9 | 21,4% |
| | Alto | 9 | 21,4% |
| Despersonalización | Bajo | 27 | 64,3% |
| | Medio | 7 | 16,7% |
| | Alto | 8 | 19,0% |
| Realización personal | Alto | 21 | 50,0% |
| | Medio | 17 | 40,5% |
| | Bajo | 4 | 9,5% |

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la tabla 3 se exponen los resultados sobre las dimensiones del burnout del personal de salud, en tal sentido se puede observar que la mayoría presenta un bajo agotamiento emocional (57%,1), esto refiere que los evaluados no tienen un sobrecargo de esfuerzo psíquico y que pueden manejar los conflictos y estímulos adversos además de poder asumir responsabilidades (Khoo et al. 2017), sin embargo, hay que considerar que los valores encontrados de un agotamiento medio y alto (en total 42,8%) son indicadores de una falta de recursos emocionales y podrían generar disminución de energía afectando, agresividad, fatiga, cansancio y depresión (Mendez y Carvajal, 2019).En cuanto a la despersonalización el 64,3% puntúo en niveles bajos, es decir que, que los evaluados tiene actitudes positivas y adecuadas con los usuarios que reciben los servicios, sin embargo, hay evaluados con valores medios (16,7%) y valores altos (19,0%), esto quiere decir que un grupo de profesionales de la salud han generado, insensibilidad hacia las personas con quienes trabajan, esto puede afectar la calidad del servicio que ofrecen y afectar directamente a los pacientes que están siendo atendidos por estos profesionales (Blanca y Arias, 2018), siendo importante considerar estos valores.

Finalmente, los resultados para la realización personal se muestran distribuidos de manera heterogénea, la mitad de los evaluados refieren tener una alta realización personal, lo cual de acuerdo a Arruda Campos Neto et al. (2021) denota una evaluación positiva con el trabajo que brindan y reconocimiento de logro personal. Por otro lado, se observan los valores medios (40,5%) y por último los valores bajos (9,5%) los cuales deben ser considerados pues estas personas tienen o están desarrollando una autoevaluación negativa, falta de logro personal, por lo tanto, no se creará competente para desempeñar trabajo, afectando a su área laboral y usuarios que asistan a estos profesionales de la salud (De Arruda et al. 2021).

Tabla 4*Percepción de la salud mental del personal de salud*

| | | N | % |
|-----------|----------|----|-------|
| Estrés | Leve | 40 | 95,2% |
| | Moderado | 2 | 4,8% |
| | Severo | 0 | 0,0% |
| Ansiedad | Leve | 35 | 83,3% |
| | Moderado | 3 | 7,1% |
| | Severo | 4 | 9,5% |
| Depresión | Leve | 36 | 85,7% |
| | Moderado | 5 | 11,9% |
| | Severo | 1 | 2,4% |

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

Como se puede observar en la tabla 4, los 95,2% evaluados presentan estrés leve, es decir que, reaccionan ante un desafío de forma adecuada y responden a las demandas del medio de manera que se pone alerta y emprende planes de activación del comportamiento. En cuanto a la ansiedad, 83,3% de los evaluados consideran que tienen leves niveles de ansiedad, siendo importante reconocer que esta es una emoción normal que experimentamos los seres humanos ante un peligro externo o interno, a pesar de aquello, es importante resaltar que hay casos (9,5%) de valores altos de ansiedad por lo que podría desencadenar una afectación importante en la cotidianidad del individuo pues las situaciones se despropian, supera la respuesta adaptativa del humano y tienen una inquietud constante; lo que afecta de manera significativa la calidad de vida (Molina et al., 2020). Por último 85,7% evaluados tiene depresión leve, es decir, que experimentan sentimientos de tristeza, desánimo, irritabilidad, culpa, ansiedad entre otros pero que pueden ser regulados y no son un impedimento para realizar las actividades diarias (De la Serna, 2017), sin embargo no hay que descuidar que existe un caso de nivel severo de depresión el cual hay una afectación significativa en el individuo, que además podría estar poniendo en riesgo la integridad del individuo ya que una de las características de este nivel son los pensamientos auto líticos; aunque

la mayoría de los evaluados refieren niveles bajos, no debe haber un descuido de esta población que poseen medianos y altos niveles de depresión (González et al., 2014).

Tabla 5

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

| | M | Máx. | Mín. | DT |
|----------------------------|-------|-------|------|-------|
| Inflexibilidad psicológica | 13,88 | 49,00 | 7,00 | 10,77 |
| Percepción de soledad | 4,88 | 10,00 | 3,00 | 2,12 |

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

La tabla 5 expone datos relevantes sobre la inflexibilidad psicológica, con una $M=13,88$, tomando en cuenta que el valor mínimo es 7 y un máximo de 49, siendo así, la muestra evidencia características de flexibilidad psicológica, esto nos indica que los investigados, según Hayes et al. 2012), muestran una capacidad de adaptarse a las situaciones cotidianas mediante la conciencia plena y la atención al presente (aquí y ahora), así mismo puede enfrentar y relaciones de manera con sus emociones y pensamientos. En cuanto a la percepción de la soledad con una $M=4,88$, tomando en cuenta que el valor mínimo es 3 y un máximo de 12, siendo así, la muestra evidencia características de flexibilidad psicológica, por lo tanto, se evidencia que la muestra tiene baja sensación de soledad, es decir hay una percepción de la existencia de apoyo social y familiar en su entorno, sensación de afecto y cercanía de lo deseado en el aspecto íntimo, sensación de proximidad con familiares y amigos, además de sentirse socialmente valorado (Ruiz et al. 2020).

Tabla 6

Calidad de sueño del personal de salud

| | | N | % |
|------------------|------------------------------|----|-------|
| Calidad de sueño | Facilidad para dormir | 1 | 2,4% |
| | Baja dificultad para dormir | 31 | 73,8% |
| | Media dificultad para dormir | 10 | 23,8% |

| | | |
|-----------------------------|---|------|
| Alta dificultad para dormir | 0 | 0,0% |
|-----------------------------|---|------|

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Como se puede observar en la tabla 6, los datos se encuentran distribuidos de manera heterogénea, donde 73,8%, presentan una baja dificultad para dormir, dichos valores no solo exponen que la muestra se encuentra durmiendo de manera adecuada, sino que para Jiménez y Lechuga, (2019) el dormir bien implica tener un buen funcionamiento diurno, otorgando a los individuos un balance psíquico y físico. Sin embargo 23,8% de los evaluados tiene una media dificultad para dormir siendo importante considerar dichos valores como una alerta, pues según Ramírez et al. (2020) este es un factor de riesgo en la calidad de vida que aumenta la posibilidad de malestar emocional y dificultades para realizar actividades en el día

Discusión

Desde la pandemia por COVID 19 se ha generado una mayor preocupación por la salud mental del profesional sanitario, pues tuvo que enfrentar en primera línea el virus y caos provocado en la población, por ende, su calidad de vida se vio afectada (López y López . 2021).

En referencia a las características de la población de estudio, se observa que en su mayoría son mujeres casadas lo cual concuerda con el estudio de Medrano y Becerra (2022) donde la mayor parte de la muestra son mujeres mexicanas con edades menores a 50 años, además prevalece el estado civil soltero, así mismo en el estudio de Cedeño y Escobar (2021) la muestra del personal sanitario de Ecuador se encontró que el 56 % de los encuestados fueron mujeres, en su mayoría solteras y el 49% eran casadas, lo cual concuerda con los datos arrojados por el Ministerio de salud pública de Ecuador (2022) donde la mayor parte de servidores de salud pública en el Ecuador son mujeres. De Acuerdo con Flores et al. (2022) las mujeres han ido posesionándose aún más en el campo de la salud, en los últimos años se ha visto un crecimiento del 6 hasta el 50% de

participación en mujeres, esto se debe a la toma de liderazgo en el mundo de la medicina.

Por otro lado, considerando que la muestra tiene como promedio de edad 38 años, según el Instituto Nacional de Encuestas y Censos (2018) indica que la edad promedio para casarse en hombres es de 33 años en hombres y en mujeres es de 30 años, por ello es que el personal sanitario se encuentra en su mayoría casados, ahora bien,

La presente investigación, sobre la percepción de burnout obtuvo niveles bajos de agotamiento emocional (57,1%) y despersonalización (64,3%), así como altos niveles de realización personal (50%), al respecto, similares resultados se encontró en la investigación realizada por Rendón et al. (2020) en una población de 90 enfermeras y enfermeros mexicanos, el 62.2% presentaba bajo nivel de agotamiento emocional, 57.8% tiene bajos niveles de despersonalización, y un resultado heterogéneo en realización personal pues el 40 % tiene niveles bajos y el 28.9% tiene niveles altos.

Por otro lado, en contradicción de los resultados encontrados, Cedeño y Escobar (2022) en una población de 55 profesionales sanitarios que laboran en un hospital de segundo nivel de Loja – Ecuador en las áreas de emergencia y UCI, encontraron que el 47.3% de los encuestados sufre de cansancio emocional grave, el 41.8%, presenta despersonalización grave, por último, el 49.1% presentó un nivel moderado de autorrealización, presentando el 9.1% de burnout grave.

Así mismo, Vinuesa et al. (2021) en un estudio realizado a 224 médicos y enfermeros, encontró un agotamiento emocional severo y moderado (78,15% y 63,02%, respectivamente) despersonalización severa y moderada (72,61% y 65,63%, respectivamente), en cuanto a la dimensión de realización personal los resultados estuvieron en el nivel bajo y moderado también fue alta entre personal médico y de enfermería (85,41 vs. 78,09, respectivamente).

Se debe considerar que los resultados de niveles altos de burnout, fueron obtenidos en investigaciones realizadas a mediados del año 2021 e inicios del 2022, es decir cuando la pandemia continuaba en su apogeo y por lo tanto existía una exigencia alta en el personal sanitario, dando como resultados altos niveles y posibles casos de burnout, mientras que los datos obtenidos de esta investigación fueron a finales del año 2022, lo cual implica una temporada baja de casos de COVID y una vuelta a la normalidad de las actividades, con ello se puede asumir que el personal sanitario está empezando una recuperación y un mejor uso de sus recursos de afrontamiento a la situación actual.

Por otra parte los resultados obtenidos con respecto a la percepción de la salud mental, señalan niveles bajos de ansiedad (83,3%), depresión (85,7%) y estrés (95,2%) en consonancia con estos resultados, Dosil et al. (2021) en su estudio con 421 profesionales de la salud españoles, encontró que el 53,3% no tenían estrés mientras que el 46,7% de los participantes indicaron sufrían estrés (15,4% leve , 15,2 % moderado, 11,6% severo y 4,5% extremadamente severo), en cuanto a la ansiedad el 63% indico tener rangos normales y el 37% indico padecer ansiedad (8,3% leve, 4,3% moderado, 17,3% severo y 7,1% extremadamente severo), finalmente el 72,6% no presenta depresión mientras que el 27,4% presentó depresión (10.7% moderado , 10.5% leve, 3,6% severo y 4,6% extremadamente severo).

Otras investigaciones tienen similitud en resultados como el de Ortells y Sánchez (2021) quienes en su estudio con 22 profesionales de España encontraron que el 54,5% tenían estrés normal y 45,4% tenía estrés (27,3% moderado), en cuanto a la ansiedad el 40,9% sufría de estrés siendo el mayor porcentaje del nivel moderado (27,3 %), por ultimo 27,2% de los profesionales sufrían depresión, la mayoría de nivel leve, y un 4,5% de nivel moderado; así mismo, en la investigación de Medrano y Becerra (2022) con 314 profesionales de la salud mexicanos que laboraban en instituciones de salud durante la epidemia de COVID-19, encontró que el 53.4% presentaron estrés (leve 12.1%,

moderado en 15.9%, severo en 15.3%), en cuanto a la ansiedad fue de 54.8% (moderada en 18.2%) y finalmente casi la mitad del personal de salud participante, presentó depresión siendo leve en 10.5% y moderada en 16.2%.

Es importante destacar que, si bien es cierto, en las investigaciones, las mayores puntuaciones son de nivel bajo en cada categoría, sin embargo, parte del personal sanitario sufre de alguna afectación psicológica, lo cual debe tomarse en consideración, pues el, no hacerlo, puede exacerbar la sintomatología y crear mayores dificultades en los profesionales. Estos datos de salud mental son de un alto interés científico, pues las prevalencias son altas, como lo demuestran Tolsa y Males (2021) en su estudio de metaanálisis donde se recuperaron 49 artículos, y revelaron prevalencias del 5,2% al 79% para estrés, del 6,78% al 71% para los trastornos del sueño, del 4,98% al 50% para ansiedad, del 8,9% al 50,70% para depresión. Estas cifras son alarmantes y un llamado de atención en la elaboración y ejecución de programas de intervención.

En cuanto a la calidad del sueño, León (2020) encontró en 111 profesionales de salud del sector público y privado que el 33% merece atención médica, el 44% necesita atención y tratamiento médico y el 82% mostró con mala calidad de sueño. Por otro lado Pacheco et al. (2020) realizaron una investigación con 65 participantes: enfermeros/as, médicos/as, técnicos/as en enfermería de nivel superior (TENS), residentes e internos, se encontró que el 95,4% padecían de una mala calidad de sueño y 4,6% tenían una buena calidad de sueño y finalmente Jahrami et al. (2022) en su investigación realizada a 257 profesionales de la salud, los cuales fueron separados en aquellos que estuvieron en primera línea de atención y que mostraron que un 75 % no dormía bien y 61 % tenía mala calidad, de aquellos que no estuvieron en primera línea donde un 76% refieren que no dormía bien y el 62 % tenía mala calidad del sueño.

Dichos resultados, se oponen a los encontrados en esta investigación ya que el 73,8%, es decir la mayoría, presenta una baja dificultad para dormir y el 23,8% media dificultad para dormir, esto podría deberse a que los anteriores estudios fueron

registrados en época de pandemia donde había mayor demanda en el sistema de salud a nivel mundial y por lo tanto un trabajo extenuante por parte del personal médico.

A pesar de aquello hay que considerar las dificultades para dormir que puede tener un profesional de salud especialmente en enfermería, por ejemplo, para Abdel et al. (2022), hay una prevalencia de mala calidad de sueño, 4,29 veces más probabilidades de experimentar problemas de sueño que los estudiantes de enfermería, ya que hay una irrupción circadiana del sueño en los turnos y dificultad en el horario de trabajo. Es por ello que es importante destacar que si bien factores ambientales como el COVID 19 puede ser un factor crucial para alterar la calidad de sueño en los profesionales, hay otras problemáticas en la dinámica laboral del personal sanitario que pueden afectar la calidad de sueño, esto en concordancia con lo dicho por Deng et al. (2020) pues los trabajadores sanitarios aun en momentos de relativa calma, son vulnerables a los trastornos del sueño.

Con respecto a la inflexibilidad psicológica, Bonilla et al. (2021) en su estudio con 191 profesionales médicos, enfermeras y psicólogos clínicos de Ecuador, encontró que la media de inflexibilidad psicológica era de 23.22, lo que quiere decir que hay mayor inflexibilidad psicológica, además, señala que junto con la soledad son mediadores del impacto negativo del estrés psicológico sobre la ansiedad y la sintomatología depresiva. En contraste con estos resultados, la presente investigación indica que la mayoría de la muestra tiene flexibilidad psicológica con una media de 13,88, es decir, de acuerdo a lo descrito por Hayes et al. (2020) tendrán una capacidad para enfrentarse las emociones con recursos como aceptación, concentración en el presente y valores en acción, lo cual concuerda, dado que los investigados mostraron menores porcentajes de ansiedad, depresión y estrés.

En esa misma línea, Valiente et al. (2020) en su investigación con 316 personas entre personal sanitario y educadores, encontró que hay un bajo enfrentamiento de emociones por parte del personal sanitario, pues un 2,5% responde no tener nada de

miedo ante la situación de pandemia, lo cual implicaría evitación de esta emoción, por otro lado, encontraron que el 69 % del total de la muestra manifiesta que han generado expectativas positivas corresponden a mejores valores que pudieron construirse. Así mismo, Jiménez et al. (2022) en su estudio realizado con 375 enfermeras en Madrid España encontraron que hay niveles medios de resiliencia y niveles medios de evitación experiencial; así mismo se determinó que hay una relación directa entre la resiliencia la capacidad de aceptación, evitación experiencial y rigidez psicológica.

Finalmente con respecto a la variable de la Percepción de soledad, este estudio determinó que los participantes tienen una percepción baja de soledad, por lo tanto, mayor percepción de apoyo social, en cambio Bonilla et al. (2021) en su estudio con 191 profesionales médicos, enfermeras y psicólogos clínicos de Ecuador, encontró que la media para la soledad es de 7,61 lo cual implica mayor percepción de soledad en los profesionales. De forma similar, para Thimmapuram et al. (2021) en una población de 155 profesionales de la salud, el 50 % puntuaron sentirse solos, mientras que, de los encuestados en la línea de base (N = 137) fue el 42.4% quienes indicaron sentirse solos. Entre los encuestados, 69 (50%) obtuvieron una puntuación de 43 o arriba y fueron considerados como solitarios, por otro lado el 48% de médicos (43% de los médicos (N = 56) y 72% médicos residentes (N = 11) había una percepción de estar solos. Estos resultados también lo reflejo Pinazo et al. (2022) en su estudio mediante entrevistas a 31 profesionales del cuidado a pacientes, donde se encontró que durante el confinamiento existía ideas de soledad, marcadas por el distanciamiento de sus seres queridos, el contacto solo por vías virtuales y el temor de morir solo y lejos de quienes amaba.

Conclusiones

En el siguiente apartado se presentan las conclusiones obtenidas después de la aplicación de los instrumentos y que además sirven como respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

La salud mental del personal sanitario en su mayoría se encuentra dentro de los valores considerados relativamente normales, sin embargo, hay que destacar que un grupo mínimo de participantes presentan afectación en su salud mental, lo cual involucra un grado de afectación psicológica que merece ser tomado en cuenta.

Los participantes del estudio, en su mayoría fueron mujeres casadas con una edad promedio de 38 años cuyas características laborales denotan tener experiencia promedio de 9 años, trabajan en su mayoría por turnos y a tiempo completo y sus contrataciones están en igual proporción tanto en el sector público y privado.

En la mayoría de la población se encuentra la inexistencia de una afectación o presencia del burnout pues presentan bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización con altos niveles de realización personal, sin embargo, existe personal sanitario con niveles que indicarían una afectación, siendo una preocupación, pues se podría estar desarrollando una complicación que conlleve a problemas en la salud mental.

Los niveles de estrés ansiedad y depresión encontrados en la población en su mayoría puntúan una afectación leve, esto nos indica que existe una correcta gestión emocional por parte del personal sanitario, no obstante, hay un porcentaje mínimo del personal sanitario que posee nivel moderado en dichas afectaciones, lo cual es un llamado pues se podrían agudizar y acarrear un riesgo significativo en su salud mental y estabilidad emocional ya que esta población posee características que los predispone a empeorar su estado de salud.

Los participantes muestran en su mayoría una adecuada flexibilidad psicológica, lo que indica que tienen una buena apertura para resolver las problemáticas y estrés diario y que cuentan con acertadas habilidades de afrontamiento y control de sus emociones.

Se ha encontrado una baja percepción de soledad, lo que implica que existe una percepción de apoyo por parte de su entorno en donde se desenvuelve, siendo socialmente aceptado.

Finalmente, la mayoría de la población posee una buena calidad de sueño, a pesar de aquello, una porción significativa de participantes señala tener dificultad para dormir, lo que implica un riesgo en la salud y posibles dificultades para enfrentar los diferentes retos diarios.

Recomendaciones

Finalizada la investigación es conveniente realizar las siguientes recomendaciones las cuales son generadas a partir de las conclusiones obtenidas.

Se recomienda a las instituciones de salud la generación de proyectos de promoción de la salud mental, esto, con la finalidad de que el profesional de salud pueda contar con las herramientas necesarias para afrontar las distintas problemáticas de su vida cotidiana y mantenga un buen estado de salud, además, es importante generar investigación a profundidad sobre las problemáticas de salud mental en esta población y elementos que podrían influir en su bienestar.

De igual forma se recomienda que para futuras investigaciones se incluya otras características sociodemográficas y laborales de la población, como su situación socioeconómica, situación de discapacidad entre otras, esto con el fin de enriquecer la literatura ya existente y así se pueda obtener mayor información de la relación entre dichas características y la salud mental.

Es recomendable que desde el Ministerio de salud se implemente programas para las autoridades de las instituciones de salud sobre la importancia del cuidado del estado mental y el agotamiento que puedan sufrir los profesionales, pues, si bien los resultados demuestran una falta de burnout en los profesionales, este puede desencadenar un problema agudo, por ende sería necesario que se genere conciencia de la correcta organización y preocupación por los trabajadores, además de que los proyectos incluyan talleres a los profesionales para obtener herramientas y que ellos mismo tengan noción de los signos y síntomas de alerta.

Se recomienda llevar a cabo seguimientos sobre el estrés, ansiedad y depresión, para en caso necesario, actuar de manera oportuna con ayuda de otros profesionales especializados en salud mental.

Es recomendable que se genere más investigaciones a nivel nacional sobre la flexibilidad psicológica, ya que no se cuenta con información suficiente de esta variable y sería un aporte fundamental para reconocer aquellas herramientas que cuenta el individuo para afrontar los eventos estresantes y problemáticas cotidianos.

Las redes de apoyo se han vuelto fundamental y un punto importante para enfrentar las distintas problemáticas, por lo que es importante que el ambiente laboral se convierte en una fuente de apoyo, por lo tanto, es recomendable que se genere proyectos para mejorar y compactar el compañerismo y apoyo laboral, el cual sería importante para generar empatía comunitaria brindándose apoyo mutuo.

La calidad de sueño viene siendo un aspecto de mejora en todos los profesionales sanitarios, al estar comprometido sus funciones laborales, por ello es importante psico educar a los profesionales sobre la importancia del sueño y pasos para tener una mejor calidad del mismo, por ello, es importante que desde las autoridades se genere programas sobre buenos hábitos, como la higiene de sueño, es decir, tener rutinas de sueño, disminuir el uso del celular antes de dormir, practica de respiración o meditación, evitar cafeína entre otros, que sería útiles para la mejora del sueño y de su estado de vigilia.

Referencias

- Abdel , H., Hatsanee, A., Aqilah , N., Ashiqin , Z., Abdul , R., & Mursidi , A. (2022). Perceived sleep quality: a comparison between hospital nurses and student nurses. *Hermano J Enfermeras*, 578-588.
- Aguilar, J. (14 de febrero de 2021). La gaceta de la facultad de Medicina. Obtenido de Soledad en el personal sanitario durante la crisis de COVID 19: <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/02/24/soledad-en-el-personal-sanitario-durante-la-crisis-de-covid-19/>
- Aignerren, M. (2003). Diseños cuantitativos: Análisis e interpretación de la información . *Centro de estudios de opinión*, 1-246.
- Apaza, P., Seminario Sanz, R., & Santa-Cruz Arévalo, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 402-410.
- Asoación Americana de Psicología. (2014). *Manual de diagnostico y estadistica de trastornos mentales*. España: Medica Panamericana .
- Blanca, J.J., & Arias; A.. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*, 15(1), 30-44. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Belkis, A., Calcines, M., Monteagudo, R., & Nieves, Z. (2015). Estrés Académico. *Revista Edumecentro*, 2-7.
- Berrones, S., & Díaz, J. (2020). Las consecuencias económicas del Covid-19 en la economía ecuatoriana. *Revista de Cuestiones Económicas*, 61-63
- Bonilla , P., Manrique, A., Hidalgo, P., & Ruisoto, P. (2021). Psychological Inflexibility and Loneliness Mediate the Impact of Stress on Anxiety and Depression

Symptoms in Healthcare Students and Early-Career Professionals During COVID-19. *Front Psychol*, 1-6.

Brief, P. (2022). Ecuador: Desafíos para el sistema de salud post-pandemia. Obtenido de <https://seo.com.ec/wp-content/uploads/2020/08/policy-brief-ecuador-desafios-sistema-salud-post-pandemia.pdf>

Broche- Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cuabana Salud Pública*, 1-14.

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 1297-1305.

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & James, G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. Department of Psychological Medicine, King's College, 1-11.

<https://apmadrid.org/Images/actividades/BROOKS%20SK%20et%20al.%20El%20impacto%20psicologico%20de%20la%20cuarentena%20%20y%20como%20reducirla.pdf>

Capapey, J., & Parellada, E. (2002). El trastorno depresivo en Atención Primaria. *Medicina Integral*, 256-266.

Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de Muestro. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 3-7.

Carranza Esteban, R. F., Mamani-Benito, O., Quinteros-Zúñiga, D., Caycho-Rodríguez, T., & Blanco Shocosh, D. (2021). Preocupación por el contagio de la COVID-19, apoyo social en el trabajo y ansiedad como predictores de la depresión en enfermeras peruanas. *Salud Uninorte*, 539-553.

- Carmona , I., & Molés, M. (2017). Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*, 72-78.
- Castro L., R. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista Médica Chile*, 143-144.
- Cauas, D. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. *Academia*, 1-12.
- Cavalheir, J. C., Risso Pascotto, C., Salete Tonini, N., Vieira, A., Defante Ferreto, L. E., & Caovilla Follado, F. A. (2021). Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 1-13. Carmona , I., & Molés, M. (2017). Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*, 72-78.
- Cedeño, P., & Escobar, K. (2022). Síndrome de Burnout por COVID-19 en personal sanitario en áreas UCI y Emergencia de un hospital de segundo nivel. *Ciencia e Inovacion en Salud*, 83-98.
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula* , 23-36.
- Chauca, R. (2020). La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *Testemunhos*, 587-591.
- Cervantes, R., & Chaparro, P. (2021). Transformaciones en los hábitos de comunicación y sociabilidad a través del incremento del uso de redes sociodigitales en tiempos de pandemia. *Ambitos* , 37-51.
- Coba, S. (2021). Quito: la ciudad que se disuelve - Covid 19. En S. Coba, *Lo que las crisis nos han enseñado* (págs. 89-96). Quito: Flacso.
- Cruz Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1310-1326.

- De la Serna, J. (2017). Depresión: Cuando la Tristeza seVuelve Patológica. *Hackensack: Babelcube*, 8-19.
- De Arruda Campos Neto, A., Marqués, H., & Álvaro, J. L. (2021). Relaciones entre valores humanos y síndrome de burnout: una revisión sistemática. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 357-373.
- De Juan Pérez, A. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 310-315.
- Delgado, C., Varas, J., Ruiz, F., Díaz, B., Cantón, P., Ruiz, E., . . . Ramos, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisisPsychological inflexibility and clinical impact: Adaptation of the acceptance and action question. *Nefrología*, 160-170.
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C., Chang, O., Zuo, Q. (2020). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *ANNALS of the New York Academy of Sciences*, 1-22.
- Díaz, L., & De la iglesia , G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicología*, 42-50.
- Díaz-Campo, Y., Díaz-Campo, C., Puerma Castillo, C., Viedma Lloreda, N., Aulet Ruiz, A., Lázaro Merino, E., & Rodríguez, O. (2008). La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. *Revista clínica Media FAM*, 156-161.

- Dimitriu, M.C.T, Pantea-Stoian A., Smaranda A.C., A. Nica A., Carap A.C., Constantin, V.D. et al.(2020) Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*, 10-22
- Dosil , M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., & Picaza, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 106-112.
- Dullius, W., Scortegagna, S., & McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: A systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1-20.
- Duan, L., & Zhu, P. (2020). Intervenciones psicológicas para personas afectadas por la epidemia de COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 300-302.
- Escobar, E., Soria, B., López, G., & Peñafiel, D. (2018). Manejo del estrés académico; revisión crítica. *SAGGA*, 1.
- Escobar, F., & Eslava, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neuropsicología* , 150-155.
- Espinosa, M. (2020). Enemigo silente durante la pandemia COVID-19 en Colombia: “La violencia contra la mujer”. <http://C:/Users/cinti/Downloads/2368-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7782-1-10-20200812.pdf>
- Esteves, A. (2020). El impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo de Ecuador <http://C:/Users/cinti/Downloads/4875-Texto%20del%20art%C3%ADculo-21841-1-10-20210506.pdf>
- Esperidião, E., Borges , M., & Rodrigues, J. (2020). Salud mental: enfoque en los profesionales de la salud. *Rev. Bras. Enferm.* , 1.

- Galindo , B., & Molina, N. (2021). La sostenibilidad de la vacunación y los movimientos antivacunas en tiempos del nuevo coronavirus. *Revista Cubana Salud Pública*, 1-10
- García, M., Aguilar, J., & García, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de psicología*, 96-106.
- Gené- Badía, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Elsevier, 604-609.
- González-Abarca, A., Ramos-Corrales , J., Nolasco-García , E., Lara-Flores , A., Ramírez-Piedras, A., Márquez Alcaraz , M., Amaya-G., M. (2014). Depresión y suicidio. *Revista Médico- Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 47-56.
- Guanche Garcell, H. (2020). COVID-19. Un reto para los profesionales de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-4.
- Guevara, G. P., Verdesoto, A. E., & Castro, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento*, 163-173.
- Gutiérrez Aceves, G., Celis López, M., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., & Suárez Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *Medigraphic Artemisa*, 305-309.
- Gutiérrez Alvarez, A., Cruz Almaguer, A., & Zaldivar Santos, E. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *Madigraphic*, 1-19.
- Gilla, M., Giménez, S., Moran, V., & Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 179-193.

- Guerrero, S. (2020). Coronavirus en Ecuador: una opinión desde la academia. *Revista de Ciencias de la vida*, 1-7.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Henao-Kaffure, L. (2010). El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. *Scielo*, 53-68.
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 548-572.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. . México: McGraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la Salud Mental en la pandemia de covid-19. *Revista peruana medica Exp Salud Publica*, 327-334.
- Jahrami, H., BaHammam, A., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K., . . . Hasan, Z. (2021). El examen de la calidad del sueño para los trabajadores de atención médica de primera línea durante el brote de COVID-19. *Respiración del sueño*, 503-511.
- Jaramillo, J., & Montoya, S. (2021). Políticas públicas de vacunación contra el COVID-19 en el Ecuador en el periodo enero-agosto 2021. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 19-50.
- Jiménez, B., & Lechuga, Y. A. (2019). La importancia del sueño en la vida cotidiana. *Revista de educación en ciencias e ingeniería*, 62-68.
- Jiménez, R., Corral, I., Trevissón, B., López, D., Losa, M., & Becerro, R. (2022). Burnout, resiliencia y flexibilidad psicológica en primera línea enfermeras durante la fase

aguda de la pandemia de COVID-19(2020) en Madrid, Espa. *Journal of Nursing Management* , 2549-2556.

Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Médica México*, 491- 496.

Khoo, E., Aldubai, S., Ganasegeran, K., Lee, B., Zakaria, N., & Tan, K. (2017). El agotamiento emocional está asociado con factores estresantes relacionados con el trabajo: Estudio multicéntrico y transversal en hospitales públicos de Malasia. *Arch Argent Pediatr*, 212-219.

Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista médica clínica las condes*, 75-80.

Koury, J., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19 ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta odontológica Venezolana*, 1.

Lauracio, C., & Lauracio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 543-554.

León, C. M. (2020). Asociación entre la calidad de sueño y el estado nutricional en profesionales sanitarios. *Rev UniNorte Med*, 47-65.

León Paz, J., & Vaca, L. (2021). El Covid-19 en El Ecuador, una mirada desde el enfoque de la gestión de Riesgos. *Geopauta*, 1.

López, I., & López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del covid-19. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 47-50.

- López Vega, D. J., Del Río Olvera, F. J., & Ruiz Bernal, A. M. (2014). Análisis psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (Versión 3) en una muestra de guardias civiles. *Apuntes de psicología*, 289-294.
- López Izurieta, I. (2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermera Investiga*, 47-50.
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno*, Universidad Tecnológica de El Salvador, 110-120.
- Lovibond, S.H. y Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (Segunda. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 79-91.
- Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145.
- Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*, 125-131.
- Mancilla, M. (29 de septiembre de 2021). *Psicología UANL*. Obtenido de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh: <https://psicologiauanl.wordpress.com/2021/09/29/indice-de-calidad-de-sueno-de-pittsburgh/#:~:text=El%20ICSP%20global%20se%20obtuvo,los%20participantes%20separadas%20por%20factores>.

- Méndez, J., & Botero, A. (2019). Agotamiento profesional en personal de enfermería y factores de riesgo psicosocial. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 501-508.
- Medrano, J. I., & Becerra, A. (2022). Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Revistas Ujat*, 513-520.
- Medrano, J. I., & Becerra, A. (2022). Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Horizonte sanitario*, 513-520.
- Millán de Lange, A., & D'Aubeterre López, M. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista Psicológica de Lima*, 103-128.
- 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*, 1-12.
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*, 185-205.
- Molina, D., Campoverde, X., Vintimilla, J., Campoverde, J., Tenemaza, M., & Bustamante, C. (2020). Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 734-739.
- Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina respiratoria*, 71-77.
- Moncayo, G. (2021). *Quito versus COVID: políticas públicas urbanas con enfoque conductual en tiempos de pandemia*. Quito: Flacso.

- Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 195-213.
- Obando, R., Arévalo, J., Aliaga, R., & Obando, M. (2021). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 225-229.
- Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilker, C., & Macía-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Univeritas Psychologica*, 145-159.
- Orcasita Pineda, L. T., & Uribe Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 69-82.
- Orellana, C. I., & Orellana, L. M. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y Praxis*, 45-54.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 223-232.
- Organización Mundial de Salud. (2020). covid 19. Obtenido de Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de julio de 2022). Salud. Obtenido de Coronavirus: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La organización del trabajo y el estrés : estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal*

directivo y representantes sindicales / Stavroula Leka, Amanda Griffiths, Tom Cox. Reino Unido: Biblioteca de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Centro de Prensa* . Obtenido de Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de Salud. (2020). *covid 19*. Obtenido de Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

Organización Mundial de la Salud . (2020). *Director General de la OMS*. Obtenido de Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organización Panamericana de la salud. (13 de 01 de 2022). *Noticias*. Obtenido de Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia: <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierte-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>

Ornell, F., Schuch, J., Sordi, A., & Paim , F. (2020). Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 232-235.

Ortells , N., & Sánchez, I. (2021). Efectividad de la acupuntura y la auriculoterapia parareducir el nivel de depresión, ansiedad y estrés en personal sanitario de urgencias durante la pandemia de COVID-19. *Acunpuntura* , 43-50.

- Pacheco, C., Díaz, Á., Retes, A., & Pinedo, C. (2020). Calidad de Sueño y Ansiedad en el personal sanitario durante la pandemia por COVID-19. Chile: UDP Escuela de psicología.
- Placeres Hernández, J. F., Gómez, M. A., Martínez Abreu, J., Olivares Alonso, A., López Valle, L., & Sarabia Águila, E. (2021). La COVID-19 y otras pandemias. *Revista Médica Electrónica*, 1-16.
- Peláez Sánchez, O., & Más Bermejo, P. (2020). Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. *Rev Cubana Salud Pública*, 1-16.
- Peng, X.; Xu, X.; Li, Y.; Cheng, L.; Zhou, X. & Ren, B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int. J. Oral Sci.*, 12:9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
- Pérez Cuevas, R., & Doubova, S. (18 de mayo de 2020). Salud. Obtenido de Los retos del personal de salud ante la pandemia de Covid-19: pandemónium, precariedad y paranoia: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
- Pérez de la Mora, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad. *Revista Ciencia*, 15-28.
- Pinazo, S., Galvan, A., Dosil, C., Pinazo, C., Nieto, A., & Facal, D. (2022). El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y burnout por la COVID-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 224-229.
- Placeres Hernández, J. F., Gómez, M. A., Martínez Abreu, J., Olivares Alonso, A., López Valle, L., & Sarabia Águila, E. (2021). La COVID-19 y otras pandemias. *Revista Médica Electrónica*, 1-16.
- Ramírez-Ortiz, J., Fontecha -Hernández, J., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia covid-19. Obtenido de

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/801/1094/1146#:~:text=El%20aislamiento%20social%20en%20el,una%20prevalencia%20cerca na%20al%2030%25%2C>

- Rendón, M. S., Peralta, S. L., Hernández, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., & Favela, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 479-492.
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 202-211.
- Ribot Reyes, V., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-11.
- Rickli, D., & Fornazari, L. (2022). Los niños y el impacto de la pandemia del Covid-19. *Revista CTS*, 147-157.
- Rodríguez, A., Suasnavas, P., Villalobos, G., & Varela, C. (2022). Efectos de la Emergencia Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores: *Una Revisión de Alcance. Investigativo*, 122-142.
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte trasnversal. *Revista Médica Sanitas*, 141-149.
- Rojas, L., Cruz, B., Rojas-Cruz, L., Rojas, A., Rojas, A., & Villagómez, M. (2022). Análisis del comportamietno epidemiológico del Covid-19 y el efecto de la vacunación sobre el mismo Ecuador. *Revista Epoch*, 43-58.
- Román Mella, F., Vinet, E., & Alarcón Muñoz, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 179-190.

- Romero Hernández, M. E., Carvayo Pérez, E., Gutiérrez Martínez, I., González Moreno, M., García Gámez, A., Albar-Marín, M., & Silvia, A. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica*, 281-285.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & Melguizo-Garín, A. (2021). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. *Ediciones Complutense*, 51-77.
- Ruiz, F., Suárez, J., & Odiozola, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish version of depression anxiety and stress scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 97-105.
- Salameh, P., Hajj, A., A Badro, D., Abou Selwan, C., Aoun, R., & Sacre, H. (2020). Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspectives from a Developing Country. *Investigación en psiquiatría*, 1-11.
- Santacruz, D., Arias, S., Escamilla Sevilla, F., Eguia del Río, P., Ezpeleta Echávarri, D., Gil Navarro, S., . . . Laínez Andrés, J. (2020). Repercusión de la pandemia por COVID-19 en la formación de los residentes de neurología españoles. *Neurology Perspectives*, 124-130.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1-6.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Obtenido de Organización

Panamericana de la Salud:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Sedano-Chiroque, F., Rojas-Miliano, C., & Vela-Ruiz, J. (2020). COVID-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 494-501.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 10-59.

Sojo, A. (2020). Pandemia y/o pandemónium Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global. *Fundación Carolina*, 1-25.

Statista Research Department. (20 de jul de 2022). *Estado de salud*. Obtenido de Ecuador: número semanal de casos y muertes causadas por COVID-19 2020-2022: <https://es.statista.com/estadisticas/1110063/numero-casos-muertes-covid-19-ecuador/>

Tenorio, M., Veintimilla, D., & Reyes, M. (2021). La crisis económica del Covid-19 en el Ecuador: Implicaciones y proyectivas para la Salud Mental y la seguridad. *Revista investigación y desarrollo*, 88-102.

Thimmapuram, J., Pargament, R., Bell, T., Schurk, H., & Madhusudhan, D. (2021). Heartfulness meditation improves loneliness and sleep in physicians and advance practice providers during COVID-19 pandemic. *Hospital Practice*, 1-10.

Tolsa, M. D., & Malas, O. (2021). COVID-19: Impacto Psicológico, Factores de Riesgo e Intervenciones Psicológicas en el Personal Sanitario. Una Revisión Sistemática. 2021. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 58-75.

- Tranche Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., Párraga Martínez, I., & Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Direc. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Revista clínica de Medicina de Familia*, 85-92.
- Vaca, D., & Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga*, 20-27.
- Valdez, R., Villalobos, A., Arenas, L., Flores, K., & Ramos, L. (2021). Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19 en México. *Salud publica de Mexico*, 782-788.
- Valencia, P. (2018). El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial: ¿una alternativa viable al aquí? *Pensando Psicología*, 1-11.
- Valero Cedeño, N., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, Á. A., & Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del covid-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga*, 63-70.
- Valiente-Barroso, C., Saiz-Obeso, J., Valiente-barroso, B., Lombraña-ruiz, R., & Martínez-Vicente, M. (2020). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al covid-19. *Apuntes de psicología*, 149-158
- Vázquez Morejón, A., & Jiménez García-Bóveda R., R. (1994). Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de psicología de la Salud*, 46-56.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia*, 177-183. Obtenido de Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola.

Verrones, S., & Díaz, J. (2020). Las consecuencias económicas del Covid-19 en la economía ecuatoriana. *Revista de Cuestiones Económicas*, 61-63.

Vinueza, A. F., Aldaz , N. R., Mera , C. M., Tapia, E. C., & Vinueza, M. F. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 1-6.

Zamorano, J., Herrera, J., & Contreras de la Fuente, H. (2023). Estrategias de afrontamiento ante la incertidumbre laboral en docentes de una institución privada. *Ciencia Latina*, 1438-1457.