



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

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la  
pandemia de COVID 19 en Ecuador**

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

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Autor:** Puco Salazar, Franklin Javier

**Director:** Negrete Zambrano, José Fernando

CENTRO UNIVERSITARIO VILLAFLORA

2023



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

2023

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 24 de abril de 2023

Magister

Geovanny Eduardo Cuenca Puma

**Director de la carrera de Psicología**

Quito. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador, realizado por Franklin Javier Pucó Salazar ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello y, por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Magister José Fernando Negrete Zambrano

C.I.: 1708664451

Correo electrónico: jfnegrete@utpl.edu.ec

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

Yo, Franklin Javier Puco Salazar, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en los capítulos de: Marco teórico, Metodología y Análisis y discusión de resultados, siendo José Fernando Negrete Zambrano director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, con 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: Franklin Javier Puco Salazar

C.I.: 1722147673

Correo electrónico: [fjpuco@utpl.edu.ec](mailto:fjpuco@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

El presente trabajo de investigación lo dedico a las personas que me brindaron su apoyo a través de estos últimos años para alcanzar la culminación de esta meta académica, principalmente, a mis padres Carmen y Alfonso y a mi hermana Margarita que han constituido un pilar fundamental y, quienes con su comprensión, pacencia y respaldo me han enseñado a superar los obstáculos, me han guiado en favor de mi crecimiento personal y de mi desarrollo humano y, me han motivado a alcanzar mis objetivos.

También se lo dedico a mi hermano Vladimir que, aunque ya no nos acompaña, siempre fue una fuente de apoyo incondicional, en especial, gracias a su presencia reconfortante y a sus palabras que me brindaron ánimo y fortaleza en los momentos más difíciles. Finalmente, dedico este trabajo a todas aquellas personas que creyeron en mí, que me brindaron su confianza y su respaldo y, que me han impulsado a avanzar y a superarme académicamente.

## **Agradecimiento**

Expreso mi sincera gratitud a las personas que han contribuido de forma positiva, guiándome y respaldándome, a través de este camino hacia la realización profesional, quienes me han apoyado en diversas formas para hacer posible que el presente trabajo culmine con éxito. En especial a mis padres y hermanos quienes contribuyeron de forma decisiva durante este proceso.

Agradezco también a mis docentes quienes supieron compartir y transmitir su conocimiento y su sabiduría, especialmente, a mi tutor de la asignatura de Prácticum, Magister David Ortega y, a mi director de Trabajo de Titulación, Magister José Fernando Negrete quienes han aportado consejos y observaciones oportunas de forma amable y atenta durante la realización del presente trabajo. También dirijo un agradecimiento a mis compañeros que me han brindado comprensión y palabras de apoyo, razón por la cual, siempre serán apreciados y recordados.

Finalmente, agradezco la colaboración desinteresada del personal administrativo del Hospital que me abrió las puertas para recolectar los datos necesarios quienes, cordialmente, me permitieron acceder al personal médico de su institución para poder concretar esta investigación y, por supuesto, agradezco a aquellos miembros del personal de salud de dicha institución que brindaron su valioso tiempo para que la realización de esta investigación fuera posible.

## Índice de contenidos

Carátula .....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria .....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos .....	VII
Resumen.....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno.....	6
Marco teórico .....	6
1.1 COVID 19.....	6
1.1.1 <i>Reseña histórica de la pandemia</i> .....	6
1.1.2 <i>Consecuencias de la COVID-19</i> .....	10
1.1.3 <i>COVID 19 en Ecuador</i> .....	13
1.1.4 <i>COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones</i> .....	15
1.2 Afectaciones a la Salud mental .....	17
1.2.1 <i>Salud mental</i> .....	17
1.2.2 <i>Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios</i> .....	22
1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental .....	26
1.3.1 <i>Inflexibilidad psicológica</i> .....	26
1.3.2 <i>Soledad y Apoyo social</i> .....	28
1.3.3 <i>Estrategias de afrontamiento</i> .....	30
1.3.4 <i>Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud</i> .....	31
Capítulo dos .....	34
Metodología.....	34
2.1 Objetivos.....	34
Objetivo general.....	34
Objetivos específicos: .....	34
2.2 Preguntas de investigación .....	35
2.3. Diseño de investigación.....	35
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	38
3.3. Instrumentos de recogida de información.....	38
3.4. Procedimiento.....	42
Capítulo tres .....	44

<b>Análisis de resultados y discusión.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 Análisis de resultados.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2 Discusión .....</b>	<b>48</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>56</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>58</b>
<b>Referencias bibliográficas: .....</b>	<b>60</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>75</b>
<b>Apéndice A. Instrumentos de evaluación aplicados .....</b>	<b>75</b>
<b>Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) .....</b>	<b>78</b>

### Índice de tablas

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 2. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 3. Percepción de la salud mental del personal de salud.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 4. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 5. Calidad de sueño del personal de salud.....</b>	<b>45</b>

## Resumen

El presente trabajo de investigación contribuyó a determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios, durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador, mediante la aplicación de diversos instrumentos de recogida de información y de evaluación psicológica (Cuestionario Ad-Hoc sociodemográfico, Inventario del estrés laboral crónico MBI-HSS; Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21; Índice de calidad del sueño PSQI y, Escala de Soledad UCLA-3 ) a partir de los cuales, se han logrado obtener, entre otros, los siguientes resultados: el 48.9% presentaron un nivel alto a la dimensión de agotamiento emocional del burnout; con respecto a la variable ansiedad el 26.7% presentaron un nivel severo; en lo que se refiere a variable inflexibilidad psicológica la media presentada fue 14.60 y, en percepción de soledad la media fue 4.96; acerca de la variable calidad de sueño el 73.3% de presentaron una baja dificultad para dormir y el 15.6% una dificultad media. Estos resultados permitieron establecer conclusiones que representan un aporte que amplía el conocimiento con respecto a este tema. Por consiguiente, los datos aportados pueden contribuir, por una parte, como fuente de información para el desarrollo de trabajos de investigación similares y, por otra parte, pueden contribuir a establecer las medidas pertinentes en favor de la salud mental de los profesionales sanitarios.

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

## **Abstract**

The present research work contributed to determine the state of mental health of health workers, during the COVID-19 pandemic in Ecuador, through the application of various instruments for collecting information and psychological evaluation (Ad-Hoc Sociodemographic Questionnaire, Chronic Work Stress Inventory MBI-HSS; Depression, Anxiety and Stress Scales DASS-21; Sleep Quality Index PSQI and, Loneliness Scale UCLA-3) from which, among others, the following results: 48.9% presented a high level to the emotional exhaustion dimension of burnout; Regarding the anxiety variable, 26.7% presented a severe level; Regarding the psychological inflexibility variable, the mean presented was 14.60 and, in perception of loneliness, the mean was 4.96; Regarding the quality of sleep variable, 73.3% presented low difficulty sleeping and 15.6% medium difficulty. These results allowed to establish conclusions that represent a contribution that broadens the knowledge regarding this topic. Therefore, the data provided can contribute, on the one hand, as a source of information for the development of similar research works and, on the other hand, can contribute to establishing the pertinent measures in favor of the mental health of health professionals.

**Key words:** mental health, COVID-19, health workers.

## Introducción

A partir de diciembre de 2019, la enfermedad COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, se convirtió en un problema significativo para la salud de la población, inicialmente en China, pero empeoró gradualmente hasta alcanzar la magnitud de una pandemia extendida por los cinco continentes en marzo de 2020. Por consiguiente, desde entonces se han realizado un amplio número de investigaciones alrededor del mundo en torno a la necesidad de solventar las dificultades generadas por la pandemia incluyendo el impacto sobre el personal sanitario, mismo que constituye la problemática que se aborda en el presente trabajo.

En este contexto, se han considerado como antecedentes principales a: el trabajo de Broche et al. (2020) sobre las repercusiones psicológicas del aislamiento social durante la pandemia; el estudio de Cevallos et al. (2020) acerca de las consecuencias sociales generadas por la COVID-19 en Ecuador; la investigación efectuada por Cheng y Shan (2020) referente al análisis del nuevo coronavirus; el estudio de Hernández et al. (2020) con respecto a las generalidades de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2; el aporte de Quiroz et al. (2021) con relación a la prevalencia del Burnout en profesionales sanitarios a lo largo de la pandemia; el artículo de Rubio (2020), acerca del impacto emocional causado por la COVID-19 en los profesionales de la salud de la ciudad de Quito; y la investigación llevada a cabo por Zhang et al. (2020) en la que se analizan los efectos de estrés y burnout producidos por la pandemia.

Para responder al problema planteado en esta investigación, inherente a determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios, durante la pandemia COVID-19, se comenzó definiendo el diseño de investigación, luego se eligieron los instrumentos de evaluación psicológica adecuados y, se procedió a recoger la información necesaria mediante un acercamiento formal con la Institución de Salud seleccionada, consiguiendo así, una muestra constituida por 45 profesionales sanitarios quienes colaboraron voluntariamente aportando los datos que, mediante su posterior análisis, permitieron obtener los resultados

correspondientes mismos que, finalmente, fueron cotejados con los de otras investigaciones para obtener las conclusiones respectivas en base a los objetivos planteados.

Mediante el análisis de los datos y los resultados correspondientes se consiguió cumplir con los objetivos de la investigación tanto a nivel general como específico, puesto que, se logró determinar, cualitativa y cuantitativamente, el estado salud de los trabajadores sanitarios en cada uno de los apartados propuestos (burnout, ansiedad, depresión, estrés, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño). En cuanto a la metodología empleada, esta investigación tiene un diseño no experimental, descriptivo, transversal, exploratorio y cuantitativo que consistió, principalmente, en observar y describir la salud mental del personal sanitario a través de los datos que se obtuvieron en la fase de recogida de información que se realizó en forma de encuestas online.

Con respecto al contenido de cada capítulo del presente trabajo, el primero corresponde al marco teórico y contiene la revisión bibliográfica inicial que contextualiza el tema estudiado inherente al estado de salud mental de los profesionales sanitarios durante la pandemia de COVID-19. El segundo capítulo se refiere a la metodología aplicada, incluyendo los objetivos y preguntas de investigación, así como también, el procedimiento seguido y una descripción breve de los instrumentos de evaluación que fueron empleados. El tercer capítulo contiene el análisis de resultados y discusión en donde se evalúan los datos obtenidos mediante los instrumentos de evaluación para conseguir los resultados correspondientes mismos que, luego fueron contrastados y cotejados con los obtenidos en otros estudios a nivel regional y global para obtener una perspectiva o marco de referencia con respecto a dichos entornos acerca de la salud mental de estos profesionales.

En referencia a la importancia que tiene la presente investigación, se puede destacar que constituye un aporte bibliográfico que contribuye a ampliar el conocimiento sobre la condición de salud mental de los trabajadores sanitarios ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19, esto resulta relevante considerando que ayuda a plantear mecanismos de apoyo para aquellos profesionales que lo requieren, tomando en cuenta que, el estado de

salud mental de estos profesionales es esencial para la calidad del servicio que brindan a la población. Así también, los resultados de esta investigación pueden contribuir a motivar a los directivos de la institución en la que fue realizado este estudio a indagar en las dificultades con respecto a la salud mental del personal que se han expuesto para implementar las medidas necesarias que favorezcan a los miembros del personal médico y así contribuir a mejorar el servicio de salud que presta dicho establecimiento.

Entre las limitaciones y facilidades para la realización de esta investigación se pueden mencionar la cercanía de la Institución de Salud con respecto al domicilio del investigador, así como la favorable y cordial apertura que brindaron, desde el inicio, en dicha casa de la salud, para la realización del presente trabajo. Por otro lado, se denotó que la colaboración de los profesionales médicos no fue tan pronta como se deseaba, por lo que fue necesario esperar cerca de tres meses para completar los datos de la muestra de estudio.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **1.1 COVID 19**

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) fue detectada en Hubei (China) y, en su inicio, se le atribuyó una causa desconocida (Cheng y Shan, 2020). De acuerdo con Del Río et al. (2020), la enfermedad respiratoria aguda de coronavirus 2019 (COVID-19) es provocada por el virus del “síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2” (SARS-CoV-2) el cual, está estrechamente relacionado con el virus SARS-CoV, que fue identificado en China en 2002 y que provocó una epidemia que logró ser contenida evitando que alcance la categoría de pandemia, aquel virus provocó un total de cerca de 8000 personas contagiadas y 774 fallecidas entre 29 países afectados, cifras que resultan, relativamente, menores en comparación a las correspondientes al SARS-CoV-2 (Peña y Rincón, 2020).

##### ***1.1.1 Reseña histórica de la pandemia***

El virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), apareció inicialmente en Wuhan (provincia de Hubei en China). El 11 de marzo de 2020 se declaró que el brote de este virus se había propagado hasta alcanzar la categoría de una pandemia global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Desde esa fecha, las organizaciones de salud pública, incluyendo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades vigilan el desarrollo de esta pandemia (Castro, 2020).

Conforme a un estudio realizado por Hernández et al. (2020) el 26 de diciembre de 2019 un hombre de 41 años ingresó en el Hospital Central de Wuhan, 6 días después de haber empezado a experimentar la enfermedad, reportó haber tenido fiebre, opresión en el pecho, tos, dolor y debilidad durante una semana. Entonces, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Wuhan realizó un estudio epidemiológico cuyos resultados señalaban que el paciente trabajaba en un mercado local de mariscos en donde, también, se

vendían una variedad de animales salvajes vivos (incluyendo erizos, tejones, serpientes y pájaros); además, se encontraron animales muertos que estaban a la venta.

No obstante, en el mercado no se encontraban murciélagos en venta y, el paciente indicó que no recordaba haber estado en contacto con aves de corral vivas, aunque señaló que pudo haber estado expuesto a animales salvajes (Hernández et al., 2020). Por ello, no se puede atribuir con certeza el origen del virus a los murciélagos.

De acuerdo con Cheng y Shan (2020), en el mes siguiente, el 31 de diciembre de 2019, la sede de la OMS en China, recibió el informe de casos detectados de neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan. A partir del 31 de diciembre de 2019 hasta el 3 de enero de 2020, un total de 44 pacientes con una neumonía de causa desconocida fueron informados a la OMS por las autoridades de China. Más adelante, en los días 11 y 12 de enero de 2020, la OMS recibió más detalles por parte de la Comisión Nacional de Salud de China que indicaban que el brote estaba asociado con uno de los mercados de mariscos de la ciudad de Wuhan.

El 7 de enero de 2020, científicos chinos, aislaron e identificaron el nuevo tipo de coronavirus responsable de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) el cual, se presenta, especialmente, en adultos y adultos mayores y, dieron a conocer públicamente para que otros países puedan desarrollar kits de diagnóstico específicos para este nuevo virus. China compartió la secuencia genética del nuevo coronavirus el 12 de enero de 2020 (OMS, 2020).

El 13 de enero del mismo año, el Ministerio de Salud Pública de Tailandia informó el primer caso importado del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Pocos días después, el 15 de enero, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón notificó la detección de un caso importado de este nuevo coronavirus. En Europa, los primeros casos de COVID-19 se presentaron en Turquía el 10 de marzo de 2020 y, después de tan solo un mes tuvieron 47029 casos y 1006 muertes (Hasöksüz et al., 2020)

Actualmente, las infecciones por el SARS-CoV-2 se han extendido ampliamente a nivel global y, hasta junio de 2022 se han presentado más de 539 millones de casos confirmados y más de 6 millones de muertes por este virus (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021) las personas infectadas pueden ser asintomáticas o pueden presentar un conjunto de signos y síntomas que varían desde leves hasta muy graves según las características de cada individuo. El inicio de la enfermedad COVID-19 se manifiesta principalmente fiebre, aunque en ocasiones solo se presentan con escalofríos y síntomas respiratorios como tos seca leve y disnea gradual, en otros casos se presentan con fatiga e incluso diarreas. Acorde a un reporte de la OMS (2020), otros síntomas frecuentes son expectoración (33 %), mialgia o artralgia (15 %), odinofagia (14 %), cefalea (14 %), náuseas o vómitos (5 %) y, congestión nasal (5 %). En resumen, los síntomas que provoca la enfermedad por la infección del virus (SARS-CoV-2) son diversos, pudiendo afectar a distintas áreas del organismo y variando sustancialmente entre cada persona.

La enfermedad de COVID-19 es leve en aproximadamente el 80 % de los casos, hasta el grado de que se puede confundir con gripes o resfriados simples. Sin embargo, cerca de un 15 % de los pacientes muestran síntomas graves que requieren hospitalización y, un 5 % desarrollan síntomas muy graves que se requieren tratamiento en unidades de cuidados intensivos (Narro y Vásquez, 2020).

Por otra parte, se ha encontrado que los resultados adversos en el organismo no son solo respiratorios, sino se presentan en diferentes niveles: cardiovascular (arritmia cardíaca, miocarditis, fibrilación auricular y taquicardia ventricular), hematológico (coagulopatía y respuesta inflamatoria sistémica), neurológico (cefalea, mialgia y anosmia), gastrointestinal (náusea, vomito, diarrea y lesión hepática), renal (hematuria, creatinina sérica elevada, proteinuria y elevación del nitrógeno ureico) y, dermatológico (erupción vesiculosa y exantema eritematoso). Algunas de esas manifestaciones persisten después de superar la

fase aguda de la enfermedad, produciendo lo que se conoce como “COVID prolongada” que conlleva alteraciones que afectan negativamente en la calidad de vida (Álvarez et al., 2020; Hernando, 2021; Romo et al., 2020).

Para Molina (2020), una de las consecuencias de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), especialmente en los primeros meses, fue que los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (vulnerables a presentar peores consecuencias respiratorias con la infección), dejaron de ser monitorizados, en parte, debido a que los recursos médicos que, normalmente, estaban dirigidos al seguimiento de aquellos pacientes fueron destinados al afrontamiento de la pandemia dejando desatendidos a esos pacientes, otra causa de la suspensión de monitorización fue el miedo de dichos pacientes a ir a hospitales por el mayor riesgo de contagio.

Por consiguiente, en cuanto a la historia la pandemia, inherente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19), existe el antecedente de al menos un virus similar (el SARS-CoV), originado en 2002, que presentó una letalidad bastante menor. Dicho virus logró ser contenido e incluso erradicado, puesto que, en aquel caso las medidas de aislamiento y de cuarentena fueron eficaces para contener su propagación y evitar que se convierta en una pandemia como la provocada por el virus SARS-CoV-2 que apareció en 2019.

Por otro lado, conviene aclarar el correcto uso del término “COVID-19”, puesto que, debe emplearse, puntualmente, para referirse a la enfermedad causada por el coronavirus (SARS-CoV-2) de 2019. Sin embargo, coloquialmente, se suele emplear este término para referirse al coronavirus (SARS-CoV-2). Por su parte, también es correcta la denominación de “la pandemia de COVID-19” para referirse a la pandemia de la enfermedad causada por el brote de coronavirus de 2019.

Además, a manera de reflexión, cabe destacar que la hipótesis más probable sobre el origen del virus SARS-CoV-2 apunta a una transmisión de animales silvestres a humanos, mientras que otras hipótesis señalan como causa a una negligencia de laboratorios de

virología en China, pero más allá de la causa puntual, está claro que el hábitat de muchas especies está siendo reducido por la acción humana, puesto que, las ciudades se extienden, a menudo, sin considerar a las especies que ocupaban dicho espacio, generando un contacto forzoso entre humanos y especies silvestres que, eventualmente, puede dar lugar a la transmisión hacia humanos de otro virus tan problemático como el SARS-CoV-2. Por lo tanto, es un reto fundamental moderar la expansión urbana de tal forma que no genere un riesgo para la salud humana ni un perjuicio para la vida de otras especies.

### **1.1.2 Consecuencias de la COVID-19**

Las consecuencias que han resultado por la pandemia de la COVID-19 abarcan afectaciones en distintos ámbitos, además de su incidencia directa en la salud, puesto que, esta enfermedad ha generado impactos a nivel social, familiar, económico, emocional y psicológico. Según Sánchez (2021) los efectos resultantes de haber experimentado la enfermedad infecciosa, del confinamiento y de la pérdida de seres queridos pueden perdurar más allá de la duración de la enfermedad y, dejar secuelas psicológicas como: estrés, ansiedad y depresión causadas por desajustes emocionales asociados al estado de tensión sostenida. Por lo tanto, el impacto psicológico de la pandemia puede prolongarse después de la enfermedad.

Una consecuencia negativa del aislamiento social, especialmente, debido al confinamiento estricto que hubo al inicio de la pandemia, fue el aumento de casos de violencia doméstica. Un informe de la ONU estima que el número de niños expuestos a la violencia como resultado de la COVID-19 podría estar entre 52 y 84 millones alrededor del mundo. Además, este informe señala que, por cada tres meses de cuarentena, se presentaron un exceso de 15 millones de casos de violencia relacionada con el género (Permán, 2020).

Previo a la pandemia de la COVID-19, se presentaron conflictos sociales crecientes en Latinoamérica como las protestas masivas de octubre de 2019 en Ecuador, así como en otros países como Colombia y Chile. En el primer trimestre de 2020 los primeros casos de COVID-19 se registraron en áreas urbanas con mayores ingresos y con mejor calidad de vida,

pero luego la mayoría de los casos nuevos se presentaron en áreas de bajos ingresos caracterizadas por vulnerabilidad social y económica (Correa et al., 2020).

Conforme a los resultados de un estudio realizado por Cevallos et al. (2020) se puede concluir que en Ecuador las desigualdades existentes entre los grupos sociales aumentaron la fragilidad del sistema social y, en especial, se produjo un aumento significativo en los indicadores de pobreza y pobreza extrema.

Otra conclusión de Cevallos et al. (2020) es que, en el ámbito educativo, el cierre de las escuelas por la COVID-19, más que proteger la salud de los niños, ha producido un deterioro significativo en muchos de los infantes, puesto que, las escuelas públicas de Ecuador suministran alimentación a los estudiantes y, como resultado del cierre, miles de niños en condición de pobreza, quedaron privados de la alimentación mínima que la escuela les proporcionaba.

En el ámbito familiar, Díaz (2021) determinó que la pandemia COVID-19 produjo repercusiones que han afectado notablemente a las familias como: alteración de los roles y de los vínculos familiares, es decir que debido a la pandemia se han presentado cambios en la dinámica familiar y en la relación entre sus miembros. La propagación de la COVID-19 y las medidas restrictivas consecuentes produjeron un amplio desconcierto y fuerte estrés a muchas familias (Prikhidko et al., 2020)

En el ámbito económico, un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe, debido a la enfermedad por coronavirus (COVID-19), se considera que la crisis que sufrió la región en 2020 generó una caída del PIB del 5,3%, siendo la peor recesión que ha experimentado en toda su historia. La única contracción económica de magnitud similar que se ha presentado fue la correspondiente a la Gran Depresión de la década de 1930 que produjo una recesión del 5% en esta región.

Por su parte, la crisis por la COVID-19 ha obligado a las empresas a adaptar su funcionamiento interno a las medidas de distanciamiento social. Conforme a la expansión de la automatización y del uso masivo de plataformas de teletrabajo, que se vuelven más asequibles y fáciles de implementar, se ha facilitado que algunos sectores y procesos productivos sean automatizados, generando impactos negativos sobre el empleo, es decir, pérdida de plazas de trabajo (Donthu y Gustafsson, 2020). Se estima que solo el 26% del empleo formal pudo continuar con relativa normalidad mediante la modalidad de teletrabajo durante la pandemia (CEPAL, 2020).

Con referencia a los efectos económicos de la pandemia, se ha hallado que debido a la COVID-19, se ha vuelto evidente la fragilidad y vulnerabilidad de las redes internacionales de producción para responder ante fenómenos imprevistos de gran magnitud y, por consiguiente, es necesario dotar a estas redes de una mayor resiliencia (CEPAL, 2020). Para aminorar el impacto negativo provocado por la COVID 19 en la producción y en el comercio, Donthu y Gustafsson (2020) proponen que las empresas multinacionales, que lideran las redes de producción, requieren diversificar su red de proveedores en términos de países y empresas, priorizar las ubicaciones más cercanas a los mercados finales de consumo y, reubicar procesos críticos cuando sea económicamente viable a través de tecnologías como la manufactura aditiva.

En cuanto al impacto psicológico de la enfermedad, el estado de alerta sostenido generado por la COVID-19 ha conllevado a la aparición de una serie de nuevos estresores que pueden provocar estragos o alteraciones en la población a nivel psicológico y, en especial, la población juvenil presenta vulnerabilidad ante ciertos factores de riesgo tales como el estrés psicosocial y los problemas psicológicos inherentes al aislamiento físico (Sánchez, 2021).

Con relación al estrés generado por la pandemia, en un análisis sistemático realizado por Broche et al. (2020) se revisaron las variables que acentúan las reacciones de estrés durante la cuarentena. Estos autores identificaron a la duración de la cuarentena como la

principal variable estresante. Plantean que el incremento del tiempo de la cuarentena aumenta el riesgo de estrés postraumático y provoca una reducción de los comportamientos asociados a la proximidad física con otras personas. Plantean también que, una cuarentena superior a 10 días incrementa los síntomas de trastorno de estrés postraumático.

El confinamiento también puede causar altos niveles de ansiedad que se mantienen entre 4 y 6 meses posteriores a la finalización de la cuarentena. También, se reportó que la falta de acceso a medicamentos o recetas médicas constituyó un fuerte estresor en las personas. Además, el miedo a la infección se consideró como causa de elevados niveles de ansiedad y estrés, este miedo se refiere a la posibilidad del propio contagio como también a la posibilidad de infectar a seres queridos (Blukacz y Cabieses, 2020)

Se puede concluir que los perjuicios causados por esta enfermedad han sido multidimensionales, por un lado, están los graves efectos en la salud, pero también están los efectos sociales y económicos que han propiciado un estancamiento productivo, aumento del desempleo y, por consiguiente, un incremento en las tasas de pobreza. En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha estimado que en esta región el número de personas en condición de pobreza subió a doscientos nueve millones hasta finales de 2020, lo cual implica que hubo 22 millones de personas pobres más que el año anterior (CEPAL, 2021).

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

En el territorio ecuatoriano se registró, por primera vez, la presencia del virus SARS-CoV-2 el 29 de febrero de 2020 cuando autoridades del Ministerio de Salud informaron que el primer caso confirmado de este virus aconteció en Guayaquil (Chauca, 2021). Sin embargo, menos de dos meses más tarde, la pandemia alcanzó dimensiones inesperadas en esa ciudad, siendo comunes las imágenes y relatos en medios de comunicación de cuerpos abandonados a la intemperie por causa de la saturación de los servicios de salud, en especial, con respecto a la falta de camas en hospitales y morgues. Los momentos más críticos de la pandemia en Ecuador se concentraron en Guayaquil entre marzo y abril de

2020, pero meses después, desde junio de 2020, el número de contagiados comenzó a ser mayor en Quito convirtiéndose así en el nuevo epicentro de pandemia (León, 2020).

Por otra parte, hasta el 17 de julio de 2022 en Ecuador se registraron 928873 contagiados y 35769 muertes confirmadas causadas por la enfermedad por coronavirus COVID-19, así como también 613478 personas recuperadas, siendo la tasa de letalidad del 7.4 % (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022). Hasta esa fecha se registraron 14'030781 personas vacunadas con la segunda dosis lo que representa que el 78.4 % de la población total ha sido inmunizada. A nivel nacional, el 22% de los contagiados y el 14 % de los fallecidos corresponden a la provincia de Pichincha, al 17 % de los contagiados y al 25% de fallecidos se presentaron en Guayas y, en Manabí acontecieron el 8% de los contagios y el 13% de las muertes (INEC, 2022).

En Ecuador la enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha generado un fuerte impacto en diversos ámbitos (social, sanitario, económico, psicológico). Durante los primeros meses de la pandemia la capacidad sistema del sistema de salud fue rebasada, siendo evidente que la preparación y los recursos fueron insuficientes para afrontar el brote de la enfermedad puesto que, existió una carencia de insumos básicos como: mascarillas y trajes de protección. Se atravesó una profunda crisis humanitaria especialmente en la provincia de Guayas en donde, hubieron más de 60 fallecidos por causa de este virus hasta abril de 2020, es decir, en menos de un mes desde el brote de la enfermedad.

En el contexto de las consecuencias en la salud producidas por la pandemia, Ruiz y León (2020), exponen que Ecuador llegó a tener la tasa más elevada de personas infectadas con la COVID-19 en América del Sur con 13 contagiados por cada 100 000 habitantes superando el promedio mundial de 9.63.

En relación con el impacto social causado por la COVID-19 en Ecuador, Cevallos et al. (2020) resaltan que esta enfermedad llegó en un momento de declive de la economía, puesto que, ésta presentaba una desaceleración. Particularmente, en Ecuador, los niveles de

deuda pública ya eran altos y, además, los salarios y la productividad mostraban un estancamiento. Se concluyó que la crisis sanitaria puso en evidencia la precariedad del modelo de desarrollo económico y productivo de Ecuador.

En referencia a la adversa situación económica y social, caracterizada por el incremento de la pobreza, Rubio (2021) afirma que la protección social para los grupos más vulnerables era insuficiente antes de la pandemia en Ecuador y, que esta situación empeoró desde la aparición de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), esto se refleja en factores como: el aumento del déficit fiscal, la reducción del gasto social y la contracción de PIB que se han surgido a partir de la pandemia.

Por otra parte, durante el inicio de la pandemia fue visible la ineficacia de las autoridades para brindar ayuda pertinente a la población puesto que, la corrupción se hizo evidente en los procesos de compra pública de mascarillas y de kits alimenticios con sobreprecio, hechos que sucedían al mismo tiempo en que se presentaban casos de personas que fallecían en los exteriores de los hospitales e incluso en las calles por falta de atención médica oportuna (Molina, 2020). Por su parte, el Gobierno, dirigido en aquel entonces por el expresidente Lenin Moreno, decretó el 16 de marzo de 2020 un Estado de Excepción en todo el territorio ecuatoriano a través de una cadena nacional, con el propósito de contener la transmisión del nuevo coronavirus. Además, dicho Gobierno inició el proceso de adquisición de vacunas para combatir la pandemia (Coello, 2020).

En definitiva, en lo que se refiere a las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en Ecuador, se evidencia que el surgimiento de esta enfermedad ha expuesto la vulnerabilidad económica de gran parte de la población y la debilidad del sistema sanitario ecuatoriano que, al inicio, se mostró inerte ante el rápido avance de la pandemia.

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

Los trabajadores de la salud de primera línea han sido particularmente afectados por la pandemia por COVID-19 y por las consecuencias psicosociales de ésta. Conforme a cómo

se incrementó la demanda de los sistemas de salud, los profesionales médicos se vieron obligados a trabajar durante turnos prolongados y, a menudo, con recursos insuficientes o inadecuados. Además, han estado atendiendo a una mayor cantidad de pacientes de lo habitual, mientras lidian con pérdidas de vida humanas incluso dentro de su círculo cercano o familiar. Los trabajadores sanitarios han coexistido con el temor latente de infectarse y de llegar a contagiar el virus a sus seres queridos. Los médicos han realizado una gran labor para afrontar esta crisis global, no obstante, el impacto de la pandemia sobre los trabajadores sanitarios tiende a ser subestimado (OPS, 2021).

Durante la lucha contra la pandemia de COVID-19, el personal de salud ha experimentado diversos problemas que afectan su salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, ira y temor. En una investigación realizada en China se observó que la prevalencia de ansiedad en el personal de salud fue del 23,04% y, se presentó en mayor medida en el sexo femenino (Lozano, 2020). Por otro lado, en una revisión narrativa sobre la salud mental en la pandemia de la COVID-19, realizada por Huarcaya (2020), se expone que la ausencia de profesionales de la salud mental en las salas de aislamiento y cuarentena, tales como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, provocó que el personal sanitario se halle en la posición de brindar intervenciones psicosociales a los pacientes y a sus familiares, esto expone a los médicos a diversas situaciones causantes de estrés que pueden llegar a perjudicar su desempeño durante la atención y el tratamiento de los pacientes.

En lo que concierne a Latinoamérica, uno de los primeros trabajos que contempla los efectos de la pandemia de la COVID 19 en el personal sanitario, es la investigación realizada en Paraguay por Samaniego et al. (2020) en la que, mediante un diseño transversal en 126 profesionales de salud que obtuvieron reportes de síntomas de depresión en el 32,2 %, ansiedad en el 41,3 %, insomnio en el 27,8 % y, distrés en el 38.9%.

En el contexto ecuatoriano, en lo que se refiere a las consecuencias sociales de la pandemia de COVID-19 en el personal sanitario, se puede mencionar el despido masivo de

más de 300 médicos del hospital en agosto de 2020, durante el auge de la pandemia, por motivos administrativos. Estos médicos prestaron sus servicios y arriesgaron su propia salud en el combate de la pandemia (Coello, 2020). Por otra parte, de acuerdo con Molina y Mejías (2020) en Ecuador se presentaron más de 1600 denuncias por parte de profesionales de salud que fueron contagiados por falta de insumos y varios de ellos no sobrevivieron.

En síntesis, los miembros del personal sanitario han sido quienes han afrontado el virus en primera línea, arriesgando su propia salud. En muchas partes del mundo, incluyendo países desarrollados, los profesionales se han visto en la necesidad de trabajar sin contar con todos los insumos necesarios para realizar su labor. En Ecuador, en particular, fue evidente la carencia de recursos para atender a las personas que presentaron complicaciones por la pandemia de COVID-19, lo cual, ha constituido una dificultad con la que el personal sanitario ha convivido a lo largo de la pandemia.

## **1.2 Afectaciones a la Salud mental**

Debido a la COVID 19 la población, en general y, en especial, los profesionales de primera línea han estado expuestos a múltiples riesgos que constituyen factores estresores que contribuyen al surgimiento de diferentes síntomas psicológicos (Rodríguez, 2021). Por tanto, es recomendable brindar la ayuda psicológica oportuna para reducir el impacto en la salud mental.

### **1.2.1 Salud mental**

Se considera que la salud mental es un componente fundamental de la salud, La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) manifiesta que: la salud consiste en una condición de íntegro bienestar físico, mental y social y, que, por tanto, no consiste solamente en la ausencia de afecciones y enfermedades. Una implicación importante de esta definición es que se considera a la salud mental como algo más que solamente la ausencia de trastornos y de discapacidades mentales.

La salud mental es un término que hace mención del bienestar cognitivo, conductual, afectivo y emocional que engloba la forma en la que piensan, sienten y se comportan las personas. En ocasiones, se emplea este término para hacer alusión a la ausencia de un trastorno mental. El estado de la salud mental es capaz de influir significativamente en la vida cotidiana, las relaciones personales e incluso en la salud física (Felman, 2021).

La pandemia originada a partir del brote del coronavirus SARS-CoV-2 ha generado estragos en la salud mental de la población general y, en particular del personal sanitario quienes han estado enfrentando directamente la enfermedad causada por este virus. Entre las variables principales en las que se ha presentado una afectación negativa como resultado de la pandemia de COVID-19 se pueden mencionar: ansiedad, depresión, estrés, síndrome de burnout, inflexibilidad psicológica y, la calidad de sueño.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM V), “el miedo sería una respuesta emocional que surge ante una amenaza actual o inminente (real o imaginaria), en cambio, la ansiedad sería una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura que se asocia a pensamientos de peligro inminente y a conductas de huida y, que, generalmente, produce cambios fisiológicos (tensión muscular, alerta y aumento del ritmo cardiaco) y, comportamientos cautelosos o evitativos” (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, p.189).

Por otro lado, se considera que la ansiedad es un conjunto o combinación de diferentes manifestaciones mentales y físicas que no se pueden atribuir a peligros reales, y que suelen manifestarse ya sea en forma de episodios o crisis o, de un estado prolongado y difuso. Aunque la ansiedad se asemeja al miedo, se diferencia en que, el miedo es una emoción cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, en cambio la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Clark & Beck, 2012).

Según un estudio realizado por Carlson (2013), las estructuras cerebrales que están comprometidas en los episodios de ansiedad son la amígdala y la corteza cingulada, en base a los resultados de neuroimagen funcional de 103 individuos que sufrían trastorno de estrés postraumático (TEPT), en donde se notó una disminución en la actividad de la corteza cingulada anterior, mientras que, los individuos con trastorno de ansiedad social se presentó un incremento en la activación en la amígdala.

Durante la pandemia de la COVID 19, especialmente, en su inicio, la población general estuvo expuesta a un confinamiento estricto que, por sí solo ha sido un detonante de ansiedad para muchas personas, además, la incertidumbre y el temor generados ante la propia enfermedad, han sido fuertes motivos de ansiedad. En el contexto de la ansiedad por la COVID 19, en una investigación realizada por Obando et al (2020), en personal de enfermería se determinó que el sexo femenino representa un factor de riesgo frente a la ansiedad, este mayor riesgo se explica, principalmente, por fluctuaciones hormonales que se asocian a una mayor incidencia de angustia y ansiedad en mujeres (Arenas, 2009).

Una de las consecuencias de la pandemia de COVID-19, que se determinó en un estudio de Gómez (2021), es que el nivel de ansiedad disminuyó en los adolescentes que eran objeto de bullying (acoso) escolar puesto que, esta autor señala que previo al confinamiento las víctimas alcanzaron puntuaciones sustancialmente mayores en ansiedad, pero, durante el confinamiento las puntuaciones en ansiedad se invirtieron, pasando a ser visiblemente menores en el caso de las víctimas de acoso escolar y mayores en el caso de quienes no eran víctimas.

A continuación, se hace una revisión de la variable depresión, tanto en su definición y sus características, como en los efectos que la pandemia de COVID-19 ha generado con respecto a esta variable. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), se define a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza, principalmente, por sentimientos de tristeza o de culpa, carencia de interés o de placer (anhedonia), agotamiento, baja autoestima, alteraciones en el sueño o en el apetito y, dificultad para concentrarse.

Se conoce que la corteza cingulada anterior subcallosa, localizada en la región prefrontal medial en la parte delantera del cuerpo caloso, está involucrada en los síntomas de la depresión puesto que participa como punto en común de una red de regiones encefálicas que se hallan implicadas en la regulación del estado de ánimo. Este autor, mediante imágenes de resonancia magnética en personas con síntomas depresivos, ha evidenciado que existe hiperactivación en dicha región prefrontal mientras que hay una menor actividad en las otras regiones de la corteza frontal (Carlson, 2013).

Conforme a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014), en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) se define al episodio depresivo mayor como: “la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo durante al menos dos semanas de duración” (p.55).

En lo que se refiere a la depresión generada por la pandemia de COVID-19, un estudio de Prieto et al. (2020) se reporta que durante la pandemia los jóvenes han sido más propensos a presentar depresión y ansiedad puesto que, este grupo etario ha experimentado una interrupción en sus estudios y en su desarrollo personal y profesional. Por su parte, Banerjee y Rai (2020) afirman que el aislamiento social prolongado tiende a producir depresión, estrés e insomnio y que, incluso, aumenta el riesgo de demencia en la adultez tardía.

Según Mingote (2013), Hans Selye introdujo el término “estrés” para denominar la respuesta inespecífica del organismo ante aquellas demandas o exigencias adaptativas generadas por estímulos negativos excesivos, considerando al estrés como un síndrome general de adaptación. Lazarus y Folkman (1986) definieron el estrés como una relación entre la persona y su ambiente, que se basa en la percepción que el sujeto tiene con respecto a la medida en la que las demandas ambientales representan o constituyen un peligro o una amenaza para su bienestar, es decir, que cognitivamente, se evalúa si las demandas exceden

o igualan los recursos individuales para enfrentarse a ellas y, por lo tanto, existe un componente cognitivo mediador entre los estresores y la respuesta de estrés ante ellos.

La evaluación cognitiva ayuda a mediar las respuestas personales de estrés que surgen ante los estímulos estresantes (estresores). Una persona que se enfrenta a un estresor o una situación potencialmente estresante realiza tres tipos de evaluación: una: primaria, en la que evalúa la situación como estresante; una secundaria, en la que considera las herramientas y los recursos personales de los que dispone para hacer frente al estresor; y la tercera que es una reevaluación, en la que la persona puede cambiar la evaluación inicial en base a nueva información (Peralta, 2019).

La pandemia de COVID-19 también ha generado incidencia en lo que se refiere al síndrome de Burnout que, en ocasiones, se traduce como "síndrome del trabajador quemado", ésta es una alteración psicológica relacionada al contexto laboral y, puede considerarse un trastorno debido a sus efectos nocivos sobre la calidad de vida. Tiene características que se ven en los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. En la década de 1980, las psicólogas Christina Maslach y Susan Jackson definieron al burnout como un síndrome de cansancio emocional que, a veces incluye despersonalización el cual, tiene a presentarse en las personas que trabajan en atención al cliente, es decir, en quienes están en contacto con clientes y usuarios (Olivares, 2017).

Conforme a lo que señalan Bianchi et al. (2015), el síndrome de burnout sería una respuesta extrema ante el estrés crónico surgido en el contexto laboral y, tendría repercusiones de alcance individual, organizacional y social. Además, el autor plantea la hipótesis de que el síndrome de burnout podría ser una de las causas del síndrome de fatiga crónica.

En lo que concierne al síndrome de burnout, provocado por la pandemia de COVID-19, se ha determinado que este síndrome es uno de los efectos principales que se observan entre los trabajadores de la salud. En una investigación realizada por Quiroz et al. (2021)

sobre la prevalencia del burnout durante la pandemia en Colombia se halló que el 57% presentaron una afectación moderada mientras que el 41% mostraron una afectación grave.

De acuerdo con Carrillo et al. (2018) los trastornos del sueño se clasifican en 4 categorías principales las disomnias, las parasomnias, los trastornos asociados con otras enfermedades médicas psiquiátricas o neurológicas, y otros trastornos no clasificados. Las disomnias engloban a los trastornos de inicio o mantención del sueño y, los trastornos por somnolencia diurna excesiva. Las parasomnias presentan manifestaciones físicas o experiencias indeseables que pueden suceder al inicio, durante o, al despertar del sueño.

Para sobrellevar la pandemia de COVID-19 se sugiere el cumplimiento de medidas higiénicas de seguridad, que se realizan para retornar al trabajo una vez que el confinamiento ha terminado, como: el uso de cubrebocas, desinfección o lavado frecuente de manos y, distanciamiento social que pueden mejorar el insomnio de las personas que han estado en cuarentena y en condición de aislamiento en casa (Medina et al., 2020).

En resumen, las principales afectaciones en la salud mental que se han observado como resultado de la COVID-19 son: ansiedad, depresión, burnout y estrés. Algunas herramientas psicológicas básicas que se pueden emplear para sobrellevar las circunstancias adversas inherentes a la pandemia son: estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y, resiliencia que pueden reducir los estragos y los efectos negativos derivados del afrontamiento de la pandemia, contribuyendo a fortalecer a los individuos, a los grupos familiares y a la comunidad.

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

El bienestar del personal de salud tiene una importancia crucial puesto que, de ellos depende la calidad de la atención y el trato que brindan a los pacientes. La incertidumbre y el estrés que se producen en el personal de salud durante un brote epidémico o pandémico, como en el caso de la pandemia por la COVID-19, demanda que se brinde especial atención a sus necesidades de apoyo social (Sociedad Española de Psiquiatría [SEPSIQ], 2020). En

este sentido, se conoce que las alteraciones en la salud mental cuando se vuelven excesivas pueden conllevar consecuencias perjudiciales sustanciales tanto a nivel individual como social (Valero, 2021).

Conforme a lo que indican Brooks et al. (2020), los trabajadores de la salud presentan una mayor afectación en la salud mental en comparación al resto de la población puesto que, éstos han reportado síntomas más severos de estrés postraumático, conductas de evitación y, sentimientos de ira, miedo, frustración, desesperanza, culpa y tristeza. Por otra parte, Juárez (2020) afirma que las estadísticas de contagio por COVID-19 son hasta 20% mayores en el personal de salud con respecto a la población general, puesto que, al estar en primera línea, enfrentan una variedad amplia de demandas psicosociales que los vuelve propensos al estrés y, a alteraciones mentales en general, produciendo deterioro en su calidad de vida, en su capacidad funcional y en su entorno.

En un estudio descriptivo transversal realizado por Pazmiño et al. (2020) que se basó en encuestas con las pruebas PHQ-9, GAD-7, ISI y EIE-R a personal sanitario en Ecuador durante la pandemia de COVID-19, en el que participaron 557 médicos, 349 enfermeras, 29 laboratoristas, 27 paramédicos, 52 psicólogos y 14 terapeutas respiratorios, se determinó que la mayoría presentaban alteraciones, relacionados a síntomas psicológicos adversos, principalmente, estrés y ansiedad. En este estudio se determinó que la calidad de sueño fue la variable que presentó menor afectación entre las variables evaluadas. Los resultados cuantitativos de ese estudio son que el 27.3% de los participantes presentaron síntomas de depresión, el 39.2% mostraron síntomas de ansiedad, el 16,3% presentaron insomnio y, el 43.8% mostraron síntomas de TEPT.

Para Pazmiño et al. (2020), el personal de salud puede presentar una afección mental importante que, en algunos casos puede requerir de intervención psiquiátrica y psicológica. El autor citado concluyó que los principales factores asociados son vivir y trabajar en ciudades con mayor número de casos y el tipo del trabajo tal como ser médico de postgrado. En Colombia, de acuerdo con un estudio realizado por Monterrosa et al. (2020), se identificó que

siete de cada diez médicos generales evaluados presentaban síntomas de estrés laboral, mientras que cuatro de cada diez presentaban síntomas de ansiedad ante la pandemia de COVID-19.

Así también, según un trabajo de Rubio (2021), los principales síntomas experimentados por el personal sanitario durante la atención a pacientes con la enfermedad por coronavirus (COVID-19), se encontró que el 90% de los profesionales de la salud tenían ansiedad, el 66% angustia y desesperación y el 64% miedo intenso.

En este ámbito, en un estudio realizado en China sobre los efectos psicológicos de la COVID-19 en los profesionales sanitarios, se encontró que el 8,1% de ellos mostraron niveles de estrés moderados a severos (Lozano, 2020). En dicho estudio se determinó también que los factores asociados con un alto impacto psicológico y elevados niveles de estrés fueron: ser de sexo femenino, ser estudiante y una percepción precaria de la propia salud. De acuerdo con Lozano (2020), un estudio realizado para evaluar el impacto psicológico inicial en los profesionales sanitarios con 1210 participantes de 194 ciudades de China, mediante la escala Event Scale-Revised (IES-R) y la escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), dio como resultado que el 16,5% presentaron síntomas depresivos moderados a severos.

Continuando con la revisión de los efectos sobre la salud mental generados por la pandemia de COVID-19, en un estudio realizado por Torres (2021) en Ecuador, se determinó que el 47% de los trabajadores sanitarios evaluados presentaban agotamiento emocional. En esta línea, conforme al trabajo realizado por Rubio (2020), sobre el impacto emocional de la pandemia de COVID-19 en personal de salud de un hospital público de la ciudad de Quito, se determinó que el 30% presentaban problemas del sueño nocturno y una afectación fisiológica asociada causante de malestar. Además, se encontró que un 24% ha consumido medicamentos para conciliar el sueño después de atender a pacientes con la enfermedad COVID-19 y, los medicamentos más usados fueron clonazepam y amitriptilina.

En base a un estudio realizado en Ecuador por Moncada et al. (2021), para evaluar los principales estresores que afectan al personal sanitario, se halló que el no contar con suministros adecuados y suficientes para trabajar y protegerse, fue la causa más frecuente de frustración, ira y estrés. Además, se encontró que los médicos presentan puntuaciones de estrés más elevadas y clínicamente más significativas que los enfermeros de acuerdo con el cuestionario de estrés laboral.

En la investigación de Vilaret y Urgilés (2020) en la que se evaluó el síndrome de burnout en el personal de sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), durante la pandemia COVID-19 en la ciudad de Quito, se encontró que el 50% de médicos residentes presentaban Síndrome de Burnout.

Mediante una investigación realizada por Vinueza et al. (2020) sobre la prevalencia del Burnout en profesionales ecuatorianos de medicina y enfermería durante la pandemia de COVID-19, a través de un estudio transversal con una muestra de 224 trabajadores de la salud se identificó que cerca del 95% presentaron Síndrome de Burnout en un grado severo a moderado. Por su parte, Cardoso et al. (2020), considera que el agotamiento laboral inherente al síndrome de Burnout, durante la pandemia de la COVID 19, se ha vuelto una especie de epidemia entre los profesionales que prestan atención en las instituciones de atención médica puesto que, conforme a los resultados de una encuesta en la que participaron más de 15000 médicos, se encontró una prevalencia de agotamiento laboral cercana al 42%.

En lo que concierne a los hallazgos de sintomatología depresiva en el personal de salud, debido a la pandemia de COVID-19, se puede mencionar el estudio realizado por Lozano (2020) que dio como resultado que el 16.5% de los participantes presentaron síntomas depresivos entre moderados a severos. Por su parte, acerca de la sintomatología de ansiedad en el personal sanitario, en estudio realizado en Ecuador por Parco (2021) durante la pandemia COVID-19, se encontró que el 30 % manifestaron un nivel alto de ansiedad (Parco, 2021).

En cuanto a las repercusiones en la salud mental en los profesionales sanitarios, causadas por la pandemia de COVID-19, se resalta, en base a las investigaciones expuestas, que el síndrome de Burnout se presentó como la alteración con mayor prevalencia en el personal sanitario durante la pandemia, puesto que, al menos el 42% del personal de salud han experimentado burnout en nivel moderado a severo.

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

Las variables psicosociales (socioeconómicas, laborales, sociales) sirven para predecir el riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión y, el riesgo de presentar hábitos negativos en la salud general. Estas variables pueden ayudar a identificar a aquella parte de la población que se halla en situación de riesgo, por ejemplo, por sintomatología depresiva severa para, de esta manera, prestarles la atención primaria o preventiva oportuna (Espinoza et al., 2015).

#### **1.3.1 Inflexibilidad psicológica**

De acuerdo con Domínguez et al. (2020), la inflexibilidad psicológica (IP) consiste en un esquema rígido de conducta que implica insistir en un comportamiento siguiendo un patrón automático que anula la posibilidad de variarlo o cambiarlo de forma actual y consciente. Este autor también considera que existen dos tipos de inflexibilidad psicológica: la cognitiva y al conductual, en donde, la inflexibilidad puede ser explicada como una falla en el proceso (cognitivo o conductual) que dificulta analizar la situación de forma consciente y actual impidiendo adaptar la conducta o el pensamiento a las condiciones ambientales cambiantes.

Por otro lado, Strosahl et al. (2012) describen la inflexibilidad psicológica acorde a tres componentes: apertura, conciencia y compromiso; cuando uno o más de estos componentes está ausente, implica el riesgo de incurrir en rigidez psicológica la cual, se considera una causa de sufrimiento humano y de funcionamiento desadaptativo puesto que, la inflexibilidad suele generar irritabilidad, ansiedad, estrés y malestar.

Según Domínguez et al. (2013) existe amplia evidencia empírica que respalda el papel desadaptativo de la Inflexibilidad Psicológica, puesto que, está demostrado que tiene una fuerte correlación con diversos síntomas psicológicos adversos, especialmente, con ansiedad, depresión, estrés y quejas somáticas.

En un estudio realizado por Ruiz y Odriozola (2016) en el que se analizó el papel de la inflexibilidad psicológica se considera que es un concepto clave dentro de la psicopatología, puesto que, la inflexibilidad psicológica esta inmiscuida en diversos trastornos psicológicos (Bond et al., 2011).

El nivel de flexibilidad psicológica está relacionado con diversas variables enfocadas al ámbito laboral tales como: mejor salud mental, mejor desempeño en el trabajo y mejor capacidad de aprendizaje de habilidades laborales. La flexibilidad psicológica se asocia a factores como salud mental y bienestar físico. También se relaciona al nivel de flexibilidad psicológica con un mejor aprovechamiento de los recursos en el trabajo (Bond et al., 2013). En la opinión de Gloster et al. (2011) se considera que la inflexibilidad psicológica es un proceso crucial dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y, se propone a ésta como una terapia más útil para tratar enfermedades crónicas en relación con otros modelos psicoterapéuticos.

Conforme a Ortiz (2018), con respecto a los profesionales de la salud, se ha demostrado la relación existente entre la flexibilidad psicológica y diferentes facetas del burnout puesto que, la despersonalización (la segunda faceta del burnout) puede interpretarse como un mecanismo de evitación experiencial que aparece a partir del cansancio emocional. Este autor indica que los profesionales sanitarios pueden experimentar una sensación de ineficacia cuando actúan de forma incompatible con sus propios valores lo cual, alimenta al estrés y al cansancio emocional; ante esto la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se muestra efectiva para incrementar de flexibilidad psicológica y, de esta manera lograr reducir el burnout.

En síntesis, la inflexibilidad psicológica actúa como un catalizador de manifestaciones psicopatológicas tales como: ansiedad, depresión y estrés; por lo tanto, durante la pandemia se debe brindar el apoyo psicológico correspondiente a aquellos médicos que presenten inflexibilidad psicológica puesto que de lo contrario se hallan propensos a sufrir de estrés, ansiedad e incluso depresión.

### **1.3.2 Soledad y Apoyo social**

La soledad se define como una experiencia negativa caracterizada por un sentimiento de carencia emocional. La soledad puede surgir debido a que las relaciones interpersonales o sociales que mantiene la persona son menores de las que desearía o, porque no percibe suficiente apoyo emocional (Palma y Escarabajal, 2021).

Así también, acerca de los efectos que la soledad es capaz de producir, se ha determinado que el sentimiento de soledad influye negativamente en la salud mental, provocando ansiedad y depresión, especialmente, en las personas ancianas (Dahlberg et al., 2018). De acuerdo con el autor citado, la soledad constituye un factor de riesgo para la salud mental, en especial, en la variable depresión. Según Gale & Cooper (2018), se ha hallado evidencia de que existe una relación entre el sentimiento de soledad y el surgimiento de algunos trastornos psicológicos, también se ha identificado a la soledad como un factor que predice de deterioro cognitivo (Gale et al., 2018).

En esta línea, Donovan et al. (2017) determina que la soledad es un síntoma neuropsiquiátrico trascendente en la fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer respaldando entonces, la relación entre soledad, deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer. En lo que respecta a los efectos que la soledad ha ocasionado en el personal sanitario durante la pandemia de la pandemia de COVID-19, el estudio realizado por Fang et al. (2021) señala que los médicos presentaron una mayor afectación en la variable de soledad en comparación al resto del personal médico (enfermeros y paramédicos).

En este contexto, Cacioppo & Cacioppo (2018) indican que la soledad se halla asociada con determinados factores como: depresión, aislamiento social objetivo, habilidades sociales deficientes e introversión, aunque, se ha demostrado también que el aislamiento social no es un factor imprescindible para el surgimiento del sentimiento de soledad puesto que, ésta surge cuando una persona se percibe a sí misma como socialmente aislada, aunque tenga otras personas a su alrededor.

Por otro lado, para Castro (1997), el apoyo social constituye un concepto multidimensional que se define como el total de los recursos provistos por otras personas. Este autor considera que el apoyo social desempeña un papel crucial en la mantención de la salud de las personas, puesto que, ayuda a responder con conductas adaptativas ante situaciones de estrés. En este sentido, contar con redes sociales digitales constituye una herramienta de apoyo social que contribuye a disminuir los niveles de estrés, favoreciendo la salud general y la calidad de vida (Bermejo et al., 2020).

En un estudio realizado por Ripp et al. (2020) en Estados Unidos se concluye que se requiere un apoyo total del sistema de salud para solventar las necesidades psicológicas de los trabajadores sanitarios. Este autor menciona que un mecanismo de apoyo implementado durante la pandemia de la COVID 19 en Nueva York ha sido el Grupo de Trabajo de Apoyo en Crisis a Empleados. Mediante este grupo de trabajo se identificaron tres ámbitos prioritarios para conservar y promover el bienestar de los profesionales sanitarios: 1) cubrir las necesidades diarias básicas, 2) mejorar la comunicación de mensajes confiables y tranquilizadores y, 3) el despliegue de mecanismos oportunos de salud mental y de apoyo psicosocial.

En esta línea, Fang et al. (2021) en su estudio sobre los problemas de salud mental y apoyo social en los trabajadores de la salud durante la pandemia en China, determinó que, en lo que respecta a la variable de apoyo social, los médicos presentaron puntuaciones más bajas que el resto de los trabajadores de la salud y, que existió una correlación entre las variables de apoyo social y soledad.

En resumen, con respecto al tema de soledad y apoyo social, se puede concluir que la soledad es una condición que constituye un factor de riesgo para la salud mental, en especial, en lo que se refiere a depresión, tal como se explica previamente mientras que, el apoyo social se presenta como un factor de protección ante el estrés. De tal forma que el nivel de soledad suele ser inversamente proporcional al nivel de apoyo social que se tiene y, por lo tanto, resulta relevante procurar, desde el propio sistema de salud, que los médicos cuenten con el apoyo social necesario para modular el estrés ante la pandemia y que puedan, de esta manera, mantener un estado mental saludable que favorezca un desempeño óptimo de sus funciones.

### **1.3.3 Estrategias de afrontamiento**

De acuerdo con Lazarus (2000) se define al afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian continuamente y, que se desarrollan con el fin de solventar las demandas específicas, externas o internas que exceden o desbordan los recursos de la persona. Conforme a Castaño y Del Barco (2010), las estrategias de afrontamiento que se emplean dependen de la percepción personal de la situación que se afronta.

Para Weiten (2008) existen cuatro formas de estrategias de afrontamiento: afrontamiento centrado en la evaluación (caracterizado por ser cognitivo), afrontamiento centrado en el problema (principalmente conductual), afrontamiento centrado en las emociones y, afrontamiento de evitación. Por otro lado, se considera que los estilos y las estrategias de afrontamiento son complementarios puesto que los sujetos no siempre tienen estrategias fijas y únicas, sino que las modifican en función de cada situación (Samper et al., 2008).

En el ámbito laboral, se considera que cuando las estrategias de afrontamiento empleadas son inadecuadas, surge estrés con resultados y consecuencias desfavorables, tanto a nivel individual como también organizacional (Casas et al., 2002). Conforme a estos autores, las estrategias de afrontamiento pueden ser de tipo organizacional o individual y, las

propias organizaciones desempeñan un rol importante en la prevención de la aparición de estrés en sus trabajadores puesto que, pueden intervenir sobre aspectos en los que cada trabajador tiene poco o nulo control dentro de la organización.

Cuando los profesionales emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas, tienden a percibir a los estresores con mayor sensibilidad y, experimentan una menor satisfacción laboral y personal, mientras que, los profesionales que emplean estrategias de resolución de problemas y, estrategias de distanciamiento, muestran una tendencia opuesta, es decir, menor estrés y mayor satisfacción (Huamaní, 2018).

Conforme a Soto (2021), en su investigación sobre los efectos de las estrategias de afrontamiento ante la pandemia de COVID-19 en los profesionales sanitarios, se destaca que aquellas estrategias basadas en la búsqueda de apoyo social y en el afrontamiento activo fueron eficaces para manejar las situaciones estresantes asociadas a la pandemia, mientras que, estrategias tales como la evitación activa o, recurrir a la religión mostraron un efecto negativo en el bienestar psicológico.

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

En la opinión de Ripp et al. (2020), la pandemia de la COVID-19 ha generado una fuerte presión sobre los trabajadores de la salud con impactos en el bienestar físico y emocional y, también en la fuerza laboral. Conforme al incremento del número de casos, los profesionales de la salud han afrontado un aumento exponencial de trabajo, en algunos casos, también se han encontrado ante la escasez de recursos y equipo de protección personal, así como la muerte de compañeros sanitarios, estos factores constituyen retos que los profesionales sanitarios siguen enfrentando en muchas regiones del mundo (Baumer et al., 2020).

De acuerdo con Rodríguez (2020) algunos de los mayores retos que afrontan los profesionales de la de la salud durante la pandemia son las extenuantes jornadas de trabajo, la presión debido al desbordamiento de los hospitales, el miedo al contagio, la toma

decisiones de las que dependen la vida de las personas y, el impacto emocional causado por el sufrimiento ajeno, por lo que éstos factores ponen a prueba la salud mental de los profesionales de la salud y, en especial, de aquellos que trabajan en las UCIs.

Acorde al criterio de Eslaba (2021), trece años antes de que iniciara la pandemia de COVID-19, en 2007, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) junto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya habían advertido que los profesionales de enfermería necesitaban una formación más sólida para solventar los desafíos que una eventual pandemia podría conllevar. En este sentido, uno de los desafíos que han enfrentado las profesionales de la salud es la necesidad de adaptarse rápidamente y, pensar y actuar de forma diferente con respecto al acelerado ritmo de trabajo que demanda la pandemia de COVID-19 (Khoo et al., 2020).

En un estudio que analiza los retos generados por la pandemia de COVID-19, se sugiere que los principales desafíos que afrontan los profesionales de la salud, en especial, en el área de enfermería, en lo que respecta a la atención y a la gestión del cuidado, son los siguientes: el entrenamiento y la operación de equipos especializados, la planificación de los recursos materiales, la dinámica de la atención directa, la precaria estructura logística en las instituciones de salud y, la sobrecarga de trabajo (Cabezas, 2021).

Para Casas (2021), los desafíos actuales se centran en lograr una inmunización de la población mediante la aplicación de las diferentes vacunas que se han mostrado eficaces y que han sido aprobadas por la OMS. Otro desafío actual para los profesionales de la salud es prepararse para enfrentar nuevas cepas de este coronavirus que pueden conllevar dificultades tales como: nuevas oleadas de contagio, incremento de la transmisibilidad o de la mortalidad e incluso anulación de los efectos de los efectos actuales.

En la opinión de Limón (2021) el desafío más importante a largo plazo es trabajar en la prevención y en la preparación para afrontar una pandemia futura, que puede suceder

debido a la exposición entre poblaciones humanas y animales silvestres que no deberían estar juntos puesto que, esto favorecer el paso de los patógenos a los humanos.

Como reflexión, acerca de los retos y desafíos que han afrontado los profesionales sanitarios en Ecuador durante la pandemia de la COVID-19, cabe destacar la dedicada labor que ellos han ejercido a pesar de haber enfrentado factores adversos como: jornadas de trabajo extendidas, el temor al contagio (especialmente, antes del surgimiento de las diferentes vacunas), la escasez de algunos recursos e insumos médicos (principalmente, en los primeros meses de la pandemia), la falta de preparación del sistema de salud ante un pandemia y, el apoyo gubernamental precario que se evidenció durante el 2020.

## **Capítulo dos**

### **Metodología**

#### **2.1 Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar el estado de la salud mental de los trabajadores sanitarios, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021

##### **Objetivos específicos:**

Identificar las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores sanitarios, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021.

Determinar los niveles de Burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización en los trabajadores sanitarios, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021.

Identificar el estado de salud mental en relación con estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores sanitarios, durante la pandemia de COVID 19, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021.

Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que presentan en los trabajadores sanitarios, durante la pandemia de COVID 19, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021.

Identificar la calidad de sueño que presentan los trabajadores sanitarios, durante la pandemia de COVID 19, durante la pandemia de COVID 19, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021.

## **2.2 Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario, durante la pandemia de COVID 19, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021?

¿Cuál es el nivel de burnout, en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal que presenta el personal sanitario, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021?

¿Cuál es el estado de salud mental en relación con estrés, ansiedad y depresión que presenta el personal sanitario, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021?

¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta el personal sanitario en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021?

¿Cuál es la calidad de sueño que posee el personal sanitario, en el sector Quitumbe de la ciudad de Quito, durante la pandemia de COVID 19 en el año 2021?

## **2.3. Diseño de investigación**

Las características del diseño de investigación del presente trabajo son las siguientes: es un estudio no experimental de tipo descriptivo, transversal, exploratorio y cuantitativo que, consiste en observar y describir una realidad (la salud mental del personal sanitario) sin intervenir ni influir en dicha realidad, recogiendo la información mediante observaciones o encuestas.

### ***Investigación no experimental***

Es el tipo de investigación que se realiza sin manipulación deliberada de variables. Son estudios en donde no se modifican variables independientes en forma intencional para

ver o analizar su efecto sobre otras variables. Se considera que la investigación no experimental es un componente de un gran número de estudios cuantitativos como las encuestas de opinión, entre otros. En la investigación no experimental se observan los fenómenos exactamente como se presentan en su entorno natural (Hernández et al., 2014).

### ***Investigación transversal***

Una investigación transversal o transeccional es aquella en donde la muestra se recoge en solo un momento determinado, es decir, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Kerlinger y Lee, 2002). La finalidad de la investigación transversal es describir variables y examinar su incidencia en un momento determinado. La investigación transversal también se conoce como estudio de prevalencia y es un tipo de investigación observacional en la cual, se seleccionan variables con respecto a una población determinada y durante un periodo de tiempo único (De la Vega, 2016).

### ***Investigación descriptiva***

De acuerdo con Rus (2021) la investigación descriptiva, conocida también como método descriptivo de investigación es el procedimiento que permite describir las características de un fenómeno, sujeto o población, es decir que, mediante este tipo de investigación se define, clasifica o resume un fenómeno, pero sin indagar ni analizar sus causas ni las relaciones entre las variables de investigación.

### ***Investigación exploratoria***

La investigación exploratoria, según Ortiz (2020) permite realizar una aproximación a fenómenos novedosos o poco estudiados, es decir que consiste en una exploración inicial a un problema o fenómeno que no ha sido estudiado previamente o que se pretende conocer mejor. Mediante la investigación exploratoria los investigadores pueden empezar a familiarizarse con el tema que se proponen estudiar en su investigación. Por otra parte, el acercamiento inicial aportado por la investigación exploratoria es útil para comprender la magnitud del problema, es decir que cuando el investigador no sabe exactamente a qué se

enfrenta, es mejor explorar primero, antes de emprender un estudio que podría conllevar un costo demasiado elevado (Alkind, 1998).

### ***Enfoque cuantitativo de la investigación***

Conforme a la definición de Baena (2017), el enfoque cuantitativo es aquel en el que los datos recolectados se obtienen a partir de mediciones u observaciones objetivas, mediante encuestas o cuestionarios de tal forma que es posible realizar un análisis estadístico, matemático o numérico de los datos. Además, la investigación cuantitativa emplea métodos cuantitativos e inferencia estadística para ampliar o generalizar los resultados de una muestra a la población que pertenece dicha muestra.

### ***Población y muestra de la investigación***

La población se define como el conjunto universo o totalidad de los elementos sobre los cuales se investiga o se hace el estudio. La población se refiere a “qué o quiénes” serán considerados como los participantes, objetos o colectividades sobre los que se hace la investigación (Ortega, 2021). El criterio de selección de la población depende de la posibilidad, conveniencia y recursos para acceder a los participantes.

Para Hernández et al. (2014) una muestra consiste en un subconjunto del conjunto universo o población de la que provienen los datos y, cumple el criterio de representar a dicha población, es decir que la muestra es una parte o subconjunto de elementos que se seleccionan de una población para realizar un estudio. La principal razón para seleccionar la muestra de una población es que estudiar a todos los elementos de una población sería muy extenso o poco práctico.

En el caso de la presente investigación la población corresponde al personal sanitario de Ecuador puesto que, esta investigación es realizada por estudiantes de Psicología de la UTPL, a nivel nacional, quienes recolectan datos para la muestra de estudio en su respectiva localidad y, en el presente trabajo la muestra está constituida por 40 profesionales sanitarios de la ciudad de Quito (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos o

psiquiatras), a quienes se les aplicó los instrumentos de evaluación que se detallan más adelante.

La muestra inherente a la presente investigación constituye un tipo de muestreo por conveniencia (llamada también de accesibilidad-accidental) y, por lo tanto, es una muestra no probabilística. En el muestreo por conveniencia se selecciona la muestra considerando la facilidad de disponibilidad de la muestra con respecto al investigador, es decir, se selecciona porque resulta más asequible, accesible o conveniente de conseguir que una muestra aleatoria de toda la población (Westreicher, 2021).

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

En lo que se refiere a los criterios de inclusión y exclusión de quienes formaron parte de la muestra del presente trabajo de investigación se han considerado los siguientes aspectos:

#### **Criterios de inclusión**

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

#### **Criterios de exclusión**

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

### **3.3. Instrumentos de recogida de información**

#### ***Cuestionario ad hoc sociodemográfico***

Es un cuestionario cuyo diseño es adaptable según los requerimientos del investigador, es decir que se estructura acorde a las necesidades de información de cada

investigador por lo cual, sus ítems no son estandarizados (Grande y Abascal, 2011). Este cuestionario permite recoger información sociodemográfica: edad, género, nacionalidad, estado civil, entre otros y, también recoge datos laborales: título, profesión, años de experiencia, tipo de trabajo, tipo de contrato, horas de trabaja diario, entre otros. Mediante este cuestionario se pueden discernir si los participantes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión que se indicaron previamente (Ortega, 2021).

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

EL MBI (Maslach Burnout Inventory) es un instrumento de evaluación que sirve para detectar y medir la presencia de estrés laboral crónico (Burnout) en los trabajadores. Schaufeli (2003) asevera que más del 90% de las investigaciones que evalúan el Burnout han aplicado el MBI por lo cual se considera que este instrumento, desde que fue publicado en 1986 por Maslach y Jackson, se ha convertido en más empleado para detectar y medir el Burnout.

Por su parte, Shirom (2009) afirma que el modelo de medida del Burnout desde la perspectiva de Maslach y Jackson se centra en el ámbito clínico-hospitalario, a través del inventario MBI-HSS, en donde se consideran tres dimensiones, factores o subescalas: Despersonalización (distanciamiento en relación con el trabajo), Realización Personal (nivel de realización, logro y autoeficacia auto percibidos) y, Agotamiento Emocional (cansancio emocional causado por las demandas laborales).

El instrumento MBI-HSS propone 22 ítems al evaluado para valorar sus sentimientos y pensamientos con respecto a su trabajo. En la escala MBI-HSS las respuestas se miden mediante una escala de Likert cuyas puntuaciones van de “0 a 6”, en donde “0” indica que lo propuesto nunca ocurre y, “6” que ocurre a diario (Maslach y Jackson, 1986).

Según Olivares y Gil (2009) la distribución de los ítems de los tres factores o subescalas es la siguiente: Realización Personal en el trabajo (8 ítems), Despersonalización (5 ítems) y, Agotamiento Emocional (9 ítems). Por otra parte, se considera que niveles

elevados de Agotamiento Emocional y de Despersonalización, y bajos niveles de Realización Personal indican que existe presencia de Burnout (Gilla, 2019)

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

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) han sido elaboradas para evaluar la presencia de condiciones de depresión y ansiedad, logrando a la vez una diferenciación máxima entre dichas condiciones. Con este objetivo las escalas incluyen síntomas principales de cada condición y excluyen aquellos que pueden presentarse en ambas como, por ejemplo, cambios en el apetito. Además, se incluye la evaluación del factor de estrés, que considera los síntomas asociados tales como: dificultad para relajarse, irritabilidad y agitación y, tensión nerviosa (Lovibond, 1995).

El DASS cumple con las características psicométricas de una escala de auto reporte desde una conceptualización dimensional de los trastornos psicológicos, es decir que las diferencias entre los individuos considerados normales y aquellos con trastornos o alteraciones clínicas consisten en la severidad con la que éstos experimentan las condiciones de depresión, ansiedad y estrés (Román et al., 2016).

Las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) son la versión abreviada del DASS cuya ventaja es que constituye un instrumento de auto reporte breve y sencillo de responder que ha demostrado propiedades psicométricas acertadas en los estudios de validación que se han realizado en la población general, en muestras clínicas y en estudiantes universitarios (Bados et al., 2005)

La escala DASS 21 mide tres dimensiones: depresión, ansiedad y estrés. Los ítems de esta Escala se contestan con opciones de respuesta de “0 a 3” en donde, “0” significa nada aplicable en mí, “1” aplicable a mí en algún grado, “2” aplicable en mí en alto grado y, “3” muy aplicable en mí (Antúnez et al., 2012).

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

Sirve para medir la flexibilidad psicológica o, a la vez, el trastorno de evitación experiencial (TEE) según la orientación de los diez reactivos o ítems que la componen y, consiste es una escala auto aplicable de tipo Likert en donde cada reactivo tiene siete opciones de respuesta, que van desde “nunca” a “siempre” conforme al criterio de cada evaluado (Patrón, 2010)

La primera versión del Cuestionario de aceptación y acción (AAQ) fue creado por Hayes et al. (2004), su primera traducción al español fue realizada por Barraca (2004) en España con un coeficiente de consistencia interna de 0.74, similar al de la versión original de Steven Hayes. Este cuestionario permite valorar la inflexibilidad psicológica de una persona. Este instrumento se evalúa con una puntuación que oscila entre 7 y 49, en donde un puntaje elevado indica que existe inflexibilidad psicológica (Ortega et al., 2021).

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

Existen diversos instrumentos para medir el sentimiento de soledad auto percibido y el que tiene más amplia difusión y aplicación es la escala de soledad de UCLA (Universidad de California en Los Ángeles) elaborada por Russell et al. (1980) que incluye 3 dimensiones: percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social y dos factores para la evaluación: “intimidad con otros” y “sociabilidad. Cada uno de los ítems de este instrumento se contesta mediante una escala de Likert con opciones de respuesta de “1 al 4”. Existe una traducción al español realizada por Vázquez y Jiménez en 1994 (Valverde et al., 2016).

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

El índice de calidad del sueño en adultos de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) es el cuestionario de sueño más aplicado en adultos y consta de 24 preguntas en donde, las primeras 19 preguntas son contestadas por la persona evaluada considerando su experiencia durante el último mes y las 5 preguntas restantes son contestadas por la pareja o compañero/a de habitación del evaluado, solo si éste está disponible (Sánchez, 2007).

Este instrumento permite evaluar la calidad del sueño, incluye 19 reactivos o ítems, agrupados en 7 dimensiones: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia usual del sueño, perturbaciones en el sueño, empleo de medicamentos y disfunción diurna. Para contestar a este cuestionario se usa una escala Likert que va desde 0 a 4 (Ortega, 2021).

### **3.4. Procedimiento**

En primer lugar, se buscaron diversas fuentes bibliográficas durante la revisión de la literatura para la elaboración y redacción del marco teórico referente a la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones en la población general y, en especial, en el personal sanitario, siendo relevante el empleo de motores de búsqueda especializados en documentos y artículos científicos tales como Mendeley y Google Académico mediante los cuales, se consiguieron varios artículos científicos pertinentes que aportaron la información necesaria para el desarrollo del marco teórico, cuyas referencias se pueden hallar en la sección de referencias bibliográficas del presente trabajo.

El diseño de investigación, en su estructura general, fue aportado por la UTPL, siendo un diseño que incluye las siguientes características: no experimental, descriptivo, transversal, exploratorio y cuantitativo. La muestra seleccionada en el presente trabajo de investigación está conformada por 40 profesionales de la salud de un hospital del sector sur de la ciudad de Quito a quienes se les ha aplicado los instrumentos de evaluación antes descritos.

Para la fase de recogida de la información se realizó un acercamiento formal con la Institución de Salud seleccionada para conseguir la aprobación de la directora del Departamento de Docencia de dicho hospital, mediante un oficio dirigido por parte de la UTPL, permitió coordinar la entrega del enlace web inherente a la encuesta (que contiene los instrumentos de evaluación) a través una invitación se hizo llegar al personal médico de dicha institución mediante la colaboración del Departamento de Docencia.

La encuesta incluyó, en su primera página, el consentimiento informado que éstos pueden leer y, aceptar o rechazar según su criterio. En dicho consentimiento se aclara el tema de investigación, el propósito de los datos recolectados y, especialmente, se indica que las respuestas aportadas serán secretas, anónimas y que nunca podrán vincularse con el participante.

El método de aplicación de los instrumentos de evaluación fue una encuesta online que ha sido diseñada y elaborada por personal de la UTPL, misma que fue completada por los participantes mediante la entrega del enlace web correspondiente (generado por la UTPL) y, la duración estimada para completar dicha encuesta es de 20 minutos.

Para la recolección de datos se solicitó a los participantes (mediante la invitación antes mencionada) que, por favor, llenen todas y cada una de las preguntas o ítems que conforman la batería de evaluación psicológica contenida en la encuesta online puesto que, solo se contabilizaron los instrumentos que fueron llenados por completo. Dicha batería de evaluación fue recopilada y seleccionada por docentes del Departamento de Psicología de la UTPL. Estos datos fueron recibidos directamente por la UTPL, mediante el Departamento de Informática, para luego ser compartidos a los estudiantes de forma que puedan realizar el análisis de datos correspondiente.

## Capítulo tres

### Análisis de resultados y discusión

#### 3.1 Análisis de resultados

En el presente apartado se detallan los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos seleccionados para determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios que enfrentaron la pandemia COVID-19 con respecto a: características sociodemográficas, percepción de las dimensiones de burnout, percepción de la salud mental, Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad; y calidad de sueño del personal de salud.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y laborales del personal de salud*

		<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Género</b>	Masculino	18	40.0%		
	Femenino	27	60.0%		
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	15	33.3%		
	Casado/unión libre	21	46.7%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	9	20.0%		
<b>Trabajo por turnos</b>	SI	25	55.6%		
	No	20	44.4%		
<b>Tipo de trabajo</b>	Tiempo completo	41	91.1%		
	Tiempo parcial	4	8.9%		
<b>Tipo de institución</b>	Pública	6	13.3%		
	Privada	39	86.7%		
		<b>M</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>DT</b>
<b>Edad</b>		41	61	27	7
<b>Horas de trabajo por día</b>		8	9	5	1
<b>Experiencia laboral</b>		14	33	3	6

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

En la tabla 1 se puede apreciar que los datos obtenidos mediante el cuestionario sociodemográfico (Ad-Hoc) fueron que el 60% (27) de los participantes de esta investigación fueron de género femenino mientras que el 40 % (18) fueron de género masculino. Por otra

parte, en lo que se refiere a su estado civil, el 46.7% de ellos indicaron ser casados, el 33.3% solteros y el 20% divorciados. Con respecto al tipo de institución donde trabajan, el 86.7% señalaron estar vinculados a una institución privada mientras que el 13.3% afirmaron trabajar en una institución pública.

Con respecto a la jornada laboral y el tipo de trabajo, el 55.6% afirmaron trabajar por turnos, el 91.1% indicaron trabajar a tiempo completo y, el 8.9% a tiempo parcial. Con respecto a las horas diarias de la jornada laboral, el máximo reportado fue de 9, el mínimo fue de 5 y la media fue de 8 horas de trabajo diario. Sobre los años de experiencia laboral, el máximo reportado fue de 33, el mínimo de 3 y, la media fue de 14 años. En lo que concierne a la edad de los participantes, la edad máxima fue de 61 años, la edad mínima fue de 27 años y la media fue de 41 años.

**Tabla 2**

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

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Agotamiento emocional</b>	Bajo	16	35.6%
	Medio	7	15.6%
	Alto	22	48.9%
<b>Despersonalización</b>	Bajo	32	71.1%
	Medio	9	20.0%
	Alto	4	8.9%
<b>Baja realización personal</b>	Bajo	30	11.1%
	Medio	10	22.2%
	Alto	5	66.7%

*Nota:* Inventario de burnout de Maslach (MBI).

Como se puede observar en la tabla 2, en lo que se refiere a la dimensión de agotamiento emocional, el 48.9% presentaron un nivel alto (entre 27 y 54 puntos en la prueba MBI), el 36.6% mostraron un nivel bajo (entre 0 y 18 puntos en esta prueba) y el 15.6% presentaron un nivel medio (19 a 26 puntos). En la dimensión de despersonalización, el 71.1% de los participantes presentaron un nivel bajo (0 a 5 puntos en la prueba), el 20.9% presentó

un nivel medio (6 a 9 puntos) y el 8.9% un nivel alto de despersonalización (10 a 30 puntos). Por otra parte, en lo que concierne a la dimensión de baja realización personal, el 66.7% (30 participantes) presentaron un nivel bajo (0 a 33 puntos), el 22.2% un nivel medio (34 a 39 puntos) y el 11.1% un nivel alto (entre 40 y 56 puntos).

En lo que concierne a las dimensiones del burnout que se evaluaron en esta investigación (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) se denota que un porcentaje considerable de profesionales de la salud presentaron un alto nivel de agotamiento emocional (el 48.9%), sin embargo, no es suficiente para afirmar que la mayoría de ellos presentaban agotamiento emocional elevado. Así también en las dos dimensiones o subescalas siguientes (despersonalización y baja realización personal) no se observa la presencia de niveles altos considerables. Por otro lado, se debe considerar que, aunque fue bajo el porcentaje de participantes que obtuvieron puntuaciones desfavorables significativas en los tres factores evaluados, también se puede apreciar que existieron signos de burnout elevado en un porcentaje cercano al 50%, específicamente, en lo que respecta a la dimensión de agotamiento emocional.

**Tabla 3**

*Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
<b>Estrés</b>	Leve	38	84.4%
	Moderado	7	15.6%
	Severo	0	0.0%
<b>Ansiedad</b>	Leve	28	62.2%
	Moderado	5	11.1%
	Severo	12	26.7%
<b>Depresión</b>	Leve	39	86.7%
	Moderado	3	6.7%
	Severo	3	6.7%

*Nota:* Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21.

En la tabla 3 se observan los resultados que obtuvieron los participantes en lo referente a percepción de la salud mental. En la categoría de estrés, el 84.7% presentaron un nivel leve (obtuvieron entre 8 y 9 puntos en la prueba DASS-21) y el 15.6% un nivel moderado (entre 10 y 12 puntos en esta prueba). Mientras que en la categoría de ansiedad el 62.2% mostraron un nivel leve (entre 0 y 4 puntos), el 26.7% un nivel severo (entre 8 y 9 puntos) y el 11.1% un nivel moderado (entre 4 y 7 puntos). En lo que respecta a la categoría de depresión, el 86.7% (39 participantes) presentaron un nivel leve (entre 5 y 6 puntos), el 6.7% un nivel moderado (7 a 10 puntos) y el 6.7 % restante un nivel severo (11 a 13 puntos).

**Tabla 4**

*Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad*

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	14.60	35.00	9.00	6.27
Percepción de soledad	4.96	9.00	3.00	1.64

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

En lo que respecta a la variable de inflexibilidad psicológica, la media que presentaron los participantes fue de 14.60 con un máximo de 35.0, un mínimo de 9.0 y una desviación típica de 6.27. En el apartado de percepción de soledad los participantes evaluados obtuvieron una media de 4.96, un valor máximo de 9.00, un mínimo de 3.00 y, una desviación típica de 1.64 como resultado.

Tomando en consideración que la media en el apartado de inflexibilidad psicológica (14.60) de la muestra evaluada se acercó bastante al valor mínimo (9.00) y fue distante del máximo (35.00) entonces, se concluye que la mayoría de los participantes presentaron un nivel de bajo a moderado en lo que se refiere a la variable de inflexibilidad psicológica. Por otro lado, en relación con el apartado de percepción de soledad se puede apreciar que la media (4.96) fue muy cercana al valor mínimo (3.00) entonces, se puede concluir que también existió un nivel bajo de percepción de soledad en la mayoría de los participantes. Por lo tanto, conforme a estos resultados, se concluye que la soledad y la inflexibilidad psicológica no

fueron un problema significativo para la mayoría de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el periodo en el que se recolectaron los datos de la muestra.

**Tabla 5**

*Calidad de sueño del personal de salud*

		N	%
<b>Calidad de sueño</b>	Facilidad para dormir	0	0.0%
	Baja dificultad para dormir	33	73.3%
	Media dificultad para dormir	7	15.6%
	Alta dificultad para dormir	5	11.1%

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

En cuanto los resultados inherentes a la calidad de sueño del personal sanitario evaluado, se puede apreciar en la tabla 5 que el 73.3% de los participantes presentaron una baja dificultad para dormir, el 15.6% una dificultad media y el 11.1% reportaron una dificultad baja. Por consiguiente, se concluye que la calidad de sueño del personal de salud, durante el periodo de la pandemia de COVID-19, comprendido entre el tercer trimestre de 2021 hasta los primeros meses de 2022, en el que se recolectó la muestra de estudio, no representó un problema significativo para la gran mayoría de los participantes, aunque, por otro lado, se debe resaltar un porcentaje considerable (26.7%), cercano de la cuarta parte de ellos reportaron tener una dificultad entre media y alta para dormir.

### **3.2 Discusión**

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten identificar factores claves para conocer el estatus de la salud mental de los trabajadores sanitarios, a continuación, se los analiza frente a resultados que han sido expuestos mediante otras investigaciones a nivel nacional, regional y global.

En lo que concierne a las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores sanitarios, los datos aportados por este trabajo indican que la mayoría fueron de

género femenino, este dato se aproxima al obtenido en una investigación realizada en Ecuador por Namcela et al. (2022) quienes, sobre una muestra de 838 trabajadores sanitarios, indicaron que 476 (el 56.81%) fueron de género femenino mientras que 362 (el 43.19%) fueron de sexo masculino, demostrando una presencia femenina importante en este tipo de trabajadores, resultado que también se observa en esta investigación.

Por otra parte, en un estudio realizado por Santamaría et al. (2020) en la que indagaron sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios españoles tuvieron una muestra cuya edad media fue de 42.6 años cercano al dato correspondiente a este estudio que indica una edad media de 41.0 años.

Para contrastar los resultados, se puede considerar un estudio efectuado en China con 107 miembros del personal de enfermería que trabajaron en primera línea ante la pandemia de COVID 19, en donde se señaló que la edad media fue de 30,28 años (Zhang et al., 2020), dato que diverge, en cierta medida, con el correspondiente al presente estudio en el que se encontró una media de 41.0 años, esta diferencia, puede ser explicada por el tipo de institución al que pertenecían los participantes ya que, en el caso del trabajo realizado por Zhang y sus colaboradores se realizó en una institución pública mientras que, en esta investigación en su mayoría (86.7%) laboraban en una institución privada.

Continuando con el apartado de datos sociodemográficos, en el ámbito ecuatoriano, en un artículo de investigación publicado por Torres y sus colaboradores sobre el síndrome de burnout durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador, en donde se evaluó a 380 profesionales de la salud, se obtuvo que la media de edad de los participantes era de 42 años, cuyas edades oscilaban entre 23 y 68 años y, cuyo promedio de tiempo de trabajo diario fue de 9 horas (Torres et al., 2021). Estos datos se hallan en la misma línea de los obtenidos en el presente estudio en donde se registró una media de edad de 41 años y un tiempo de trabajo diario de 8 horas.

En referencia a la percepción de Burnout en sus tres dimensiones, mediante esta investigación se determinó que el agotamiento emocional representó un problema significativo para el personal médico, puesto que, un alto porcentaje de ellos reportaron síntomas de nivel alto en esta dimensión del burnout. Conforme a los resultados aquí obtenidos, en lo que respecta al burnout, el agotamiento emocional fue el principal problema que enfrentaron estos profesionales durante la pandemia COVID 19.

Para el análisis, se puede considerar un estudio realizado por Quiroz et al. (2021), durante la pandemia de COVID 19 en Colombia, en la que se halló que el 57% presentaron una afectación moderada mientras que el 41% mostraron una afectación grave en la dimensión de agotamiento emocional y dichos valores se aproximan a los resultados obtenidos en este trabajo, en donde se determinó que el 51.2 % presentaban una afectación en un nivel de leve a moderado, mientras que el 48.9% mostraron un nivel alto en esta dimensión del burnout. Dicho autor, encontró presencia burnout en niveles altos (en las tres dimensiones) en la mayoría del personal evaluado lo cual, contrasta con el resultado aquí obtenido, en el que se encontró que la mayoría de los profesionales médicos tuvieron problemas significativos solo en la dimensión de agotamiento emocional, este hecho puede explicarse considerando que dicho estudio fue realizado con datos inherentes a los primeros meses de la pandemia, entre abril y septiembre de 2020, mientras que el presente trabajo se realizó con datos correspondientes a finales de 2021 cuando la gravedad de la situación por la COVID-19 ya se había reducido en gran medida.

Siguiendo con el análisis del burnout en la dimensión de agotamiento emocional, en el contexto ecuatoriano, de acuerdo con la investigación de Urgilés y Vilaret (2020) en la que se estudió la prevalencia del síndrome de burnout, durante la pandemia COVID-19 en Quito, se determinó que el 50% de médicos residentes presentaban signos síndrome de burnout en esta dimensión, un resultado bastante cercano al obtenido en este trabajo en donde se halló que el 48.9 % reportaron síntomas evidentes de burnout con un nivel alto de agotamiento emocional. Así también, los resultados de este trabajo concuerdan de forma cercana con un

estudio realizado por Torres (2021) en Ecuador, en donde se determinó que el 47% de los trabajadores sanitarios evaluados presentaban un alto nivel en la dimensión agotamiento emocional. De acuerdo con los resultados este autor, la mayoría de los médicos evaluados no presentaban niveles altos de burnout en sus dimensiones, de la misma forma que indican los resultados inherentes al presente trabajo.

En lo que respecta a la subescala de despersonalización, en el presente trabajo se determinó que solo un porcentaje reducido del personal médico presentaron un alto nivel de despersonalización por lo cual, este fenómeno no representó un problema considerable para la gran mayoría. Como referencia se tiene el estudio realizado en Ecuador por Urgilés y Vilaret (2020) en donde se determinó que un 15.0% del personal médico de enfermería en un hospital de Quito presentaban despersonalización en nivel alto lo cual, contrasta moderadamente con el resultado aquí obtenido (8.9 %). Esta diferencia de 6 puntos porcentuales puede explicarse tomando en cuenta que dicho estudio fue realizado a mediados de 2020, precisamente, durante los momentos más críticos de la pandemia, mientras que la muestra del presente estudio correspondió a finales de 2021 los estragos generados por la pandemia ya se habían reducido.

En cuanto a la dimensión de realización personal, los resultados generados en la presente investigación denotan que la mayoría de los participantes no mostraron una afectación significativa en cuanto a esta dimensión del burnout, resultado que se puede poner en contexto con un estudio efectuado en Ecuador en el personal de salud del hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, durante la pandemia de COVID-19, en donde, se halló que el 75.1% de los participantes presentaron un nivel alto, el 12.9% un nivel medio y el 12.0% un nivel bajo en esta dimensión del burnout. Estos resultados se relacionan estrechamente con los correspondientes al presente trabajo en el que se encontró que el 66.7% presentaron un nivel alto, el 22.2% un nivel medio y el 11.1% en la subescala de baja realización personal.

De forma similar, se encontró que un porcentaje poco significativo de participantes presentaron afectación alta en la variable de realización personal en un estudio observacional transversal realizado sobre profesionales de la salud del Ecuador en el que se determinó que solo el 11.0% de los evaluados tuvieron un nivel alto en la dimensión de baja realización personal (Torres, 2021).

En consideración al estado de salud mental en las variables de ansiedad, depresión y estrés, los resultados del presente trabajo enuncian que más de la cuarta parte de los evaluados presentaron un nivel de ansiedad severo, este dato se aproxima al obtenido en una investigación realizada en China en donde, mediante la aplicación de la escala DASS-21 se observó una prevalencia de ansiedad severa en el 23.04% del personal de salud (Lozano, 2020). En el contexto latinoamericano, una investigación transversal realizada en Paraguay por Samaniego et al. (2020) sobre una muestra de 126 profesionales de salud se obtuvo reportes de síntomas significativos de ansiedad en el 41.3 % de los participantes mismo que concuerda, en gran medida, con el resultado obtenido en la presente investigación que indica que el 37.80 % de participantes quienes presentaron síntomas de ansiedad entre moderados y severos.

Además, en Ecuador, conforme a un trabajo realizado durante la pandemia, mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), aplicada a una muestra de 92 profesionales sanitarios, se determinó que una parte considerable de los participantes de (el 30 %) manifestaron un nivel alto de ansiedad (Parco, 2021).

En cuanto a la variable depresión, mediante el resultado obtenido en este trabajo de investigación, se determinó que una mayoría significativa (cerca de 9 de cada diez participantes) reportaron síntomas de depresión leve por lo cual, la depresión no representó una fuerte dificultad para la mayoría personal sanitario excepto para el 6.7% de ellos que presentaron depresión severa. Un grupo minoritario de participantes mostraron síntomas de depresión entre moderados y severos (el 13.40 %), para el análisis se puede apreciar que el

resultado expuesto por Lozano (2020) en el que un porcentaje el 16.5% exhibieron síntomas depresivos moderados a severos, similar al que se obtuvo en este trabajo.

En referencia a los resultados inherentes a la variable estrés, en el presente estudio se determinó que un porcentaje menor de los participantes mostraron un nivel considerable (moderado) de estrés, mientras que la mayoría de ellos (el 84.4%) reportaron solo síntomas leves, para situar este resultado con respecto al contexto global se puede considerar un trabajo realizado durante la pandemia de COVID-19 en donde se obtuvo que el 8.1% de los trabajadores de la salud presentaban un nivel significativo de estrés significativo (Wang et al., 2020).

Los resultados expuestos por Wang y sus colaboradores denotan una leve diferencia con los correspondientes a este trabajo ya que, indican que existió un mayor nivel de estrés entre los profesionales de la salud de Ecuador con respecto a los profesionales de China y esto puede explicarse considerando que ellos han contado con distintos niveles de organización en sus respectivos sistemas de salud y con un diferente apoyo gubernamental, destacándose la alta organización y eficiencia que se observó en China, mientras que en Ecuador fue un caso opuesto, ya que, se evidenció una ingente desorganización, especialmente, al inicio de la pandemia, con una respuesta gubernamental poco oportuna y un manejo ineficaz en donde incluso los insumos y equipamientos médicos más básicos escaseaban, algo que condujo a que este país tuviera una de las tasas más altas de mortalidad por COVID-19 en Latinoamérica en aquella época.

En lo que concierne a las variables inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, se puede apreciar que, en el presente estudio, la mayoría de los integrantes de muestra evaluada no presentaron mayores dificultades con respecto a inflexibilidad psicológica. Se obtuvo un resultado similar en una investigación de Petruzzi (2022), efectuada en la Universidad de Franklin en Ohio, en donde se determinó que, en esta variable, los participantes presentaron un máximo de 43, un mínimo de 7, una media 18.30 y una desviación estándar (DT) de 8.94 que son datos cercanos a los obtenidos en este trabajo. En

dicho estudio también se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de inflexibilidad psicológica y burnout en el personal de salud. Entonces, tanto en el estudio realizado por Petruzzi, como en esta investigación no se halló evidencia de que los participantes hayan experimentado problemas significativos con relación a la variable de inflexibilidad psicológica.

Así también, en un estudio realizado en Suecia por McCracken et al. (2021) sobre el rol de la inflexibilidad psicológica en el contexto de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores del Hospital universitario de Uppsala, se tuvo como resultados una media de 29.34, un máximo de 48.0 y una DT de 7.90 mismo que, convergen en gran medida con los expuestos en el presente estudio y, que sugieren la ausencia de problemas significativos en lo que concierne a esta variable.

En cuanto a la variable de percepción de soledad, los resultados de esta trabajo de investigación sugieren que hubo una baja percepción de soledad entre los trabajadores de la salud, al menos, durante el periodo evaluado, estos datos guardan una estrecha similitud con los obtenidos en un estudio realizado en Japón acerca de la salud mental de los trabajadores sanitarios en el transcurso de la pandemia de COVID-19 en relación con la variable soledad (Kotera et al., 2021), en donde, se obtuvo un máximo de 10.11 una Media de 4.73 y una desviación estándar (DT) de 1.70.

En cuanto a la calidad de sueño que presentaron los trabajadores sanitarios, los resultados del presente trabajo indica que si bien, por un lado, la mayoría reportaron tener una baja dificultad para dormir, también existe un porcentaje considerable de trabajadores de la salud que presentaron dificultad significativa para dormir puesto que el 26.7% de los participantes mostraron una dificultad para dormir que osciló entre media (15.6%) y alta (11.1%), este resultado se asemeja en gran medida al que se encontró en una investigación transversal realizada en Paraguay por Samaniego et al. (2020) en la que, en base al cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño (PSQI) sobre 126 profesionales de la salud, se

obtuvo reportes de síntomas de insomnio y dificultad significativa para dormir en el 27.8 % de los participantes.

En esta misma línea, con referencia a la calidad de sueño de los profesionales sanitarios, también resulta similar, con respecto a lo obtenido en esta investigación, el resultado de un estudio realizado por Rubio (2020), sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en personal de salud en Ecuador en, donde se determinó que el 30% presentaban problemas estadísticamente significativos de sueño nocturno.

Así también, en un estudio realizado en España para evaluar diversas variables asociadas a la salud mental del personal sanitario en ese país, se determinó que el 28.9% presentaban problemas considerables para dormir (Santamaría, et al., 2020), dicho resultado, también se aproxima al que se obtuvo mediante la presente investigación.

En cuanto al análisis y discusión de los resultados obtenidos se puede apreciar que existen varios estudios cuyos resultados se aproximan a los expuestos en el presente trabajo, así como también existen otros que indican resultados contrastantes, puesto que, las afectaciones específicas generadas por la pandemia de COVID-19 dependen, en cierta medida, de la región del mundo al que pertenecen las poblaciones evaluadas así como también, del periodo específico de la pandemia en las que se obtuvieron los datos muestrales inherentes a cada uno de los trabajos de investigación antes citados.

## Conclusiones

En base al análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que:

Con respecto al apartado de las características sociodemográficas y laborales del personal de salud, se concluye que la mayoría del personal sanitario en Ecuador correspondió al género femenino puesto que, en esta investigación se detona una mayor participación de personal de este género. En cuanto al estado civil no se encontró un estado civil predominante entre estos profesionales. Así también, con respecto a la jornada laboral, la mayoría trabajaron por turnos y, más del 90% reportaron trabajar a tiempo completo por lo cual, se infiere que existió una condición laboral activa y dinámica entre estos trabajadores durante la pandemia.

En lo que se refiere al síndrome de burnout, la pandemia de COVID-19 ha provocado estragos significativos en cerca de la mitad personal sanitario en la dimensión de agotamiento emocional, aunque, por otro lado, la despersonalización y la realización personal no representaron un problema significativo para la mayoría de lo evaluados, en el periodo en que fue realizada la investigación.

En cuanto a la percepción de salud mental de los trabajadores sanitarios, cerca de una cuarta parte de los evaluados mostraron una prevalencia de ansiedad severa, por lo tanto, la pandemia de COVID-19 ha generado un impacto considerable en dicho ámbito de la salud mental en este sector de la población. Además, se determinó que las variables de estrés y depresión no representaron un problema serio para la mayoría del personal sanitario ya que, reportaron síntomas leves en ambas variables.

En lo concerniente al apartado de inflexibilidad psicológica se pudo determinar que el personal evaluado no presentó dificultades considerables en este aspecto durante el periodo evaluado de la pandemia de COVID-19 y, de forma similar, se pudo constatar que sobre la variable percepción soledad tampoco se halló evidencia de que haya existido un impacto

considerable en la mayoría del personal de salud durante el periodo que fue realizada la presente investigación.

Por otra parte, con respecto a la calidad de sueño, se concluye que la mayoría del personal sanitario han logrado mantener una calidad aceptable de sueño, puesto que, más de 7 de cada diez de ellos reportaron haber experimentado solo una baja dificultad para dormir. Por otro lado, una parte significativa de estos profesionales, algo más de la cuarta parte, mostraron haber experimentado una dificultad considerable para dormir. Por lo tanto, la pandemia de COVID-19 produjo un efecto negativo en la calidad del sueño de una parte importante de los profesionales sanitarios, aunque no en la mayoría.

Finalmente, conforme a los resultados obtenidos, se concluye que el estado de salud mental de los trabajadores de la salud en el transcurso de la pandemia de COVID-19 se presentó favorable en la mayoría de ellos, con respecto a gran parte de los aspectos evaluados, excepto en algunas variables puntuales como: agotamiento emocional, ansiedad y calidad de sueño en donde se hallaron problemas relevantes que requieren atención y seguimiento.

## Recomendaciones

En lo concerniente al síndrome de burnout, especialmente, acerca de las dificultades en la variable de agotamiento emocional que presentaron los profesionales de la salud, se sugiere la aplicación de técnicas de control emocional y el empleo de herramientas de gestión de tiempo mismas que contribuirán a facilitar el afrontamiento y la organización de las diversas situaciones laborales y personales con las que conviven estos trabajadores. Así como también la implementación de grupos de apoyo dentro de la institución de salud a través de los cuales, los profesionales puedan compartir y despejar sus inquietudes y, conseguir apoyo social.

En relación con los síntomas de ansiedad elevada que presentaron una parte significativa del personal de salud, se recomienda, inicialmente, una inducción sobre el empleo de técnicas de relajación muscular (como la técnica de relajación progresiva de Jacobson). También se sugiere la aplicación de terapia cognitivo-conductual con el fin de determinar las preocupaciones, temores e inquietudes que subyacen a los síntomas de ansiedad y poder así plantear estrategias de afrontamiento específicas y, para reestructurar aquellos pensamientos o creencias disfuncionales que pueden estar teniendo un efecto psicológico negativo y que pueden ser la causa de la ansiedad o de su persistencia. Para aquellos profesionales que presentaron un nivel alto de ansiedad se recomienda una evaluación psicológica más completa por parte de un profesional en Psicología Clínica.

Con respecto al nivel elevado de estrés, que reportó un grupo considerable de los profesionales sanitarios, se recomienda el empleo de técnicas como: entrenamiento en inoculación del estrés (EIE) y, técnicas de visualización y relajación. Así como también se sugiere emplear la terapia centrada en el presente (TCP) y, técnicas de Mindfulness

En lo que se refiere a la calidad de sueño, para ayudar a aquellos profesionales que presentaron una alta dificultad para dormir, se recomienda, inicialmente, mejorar el entorno para dormir y emplear entrenamiento de relajación (meditación, relajación muscular, entre otros). Para resultados más efectivos se recomienda emplear la terapia de higiene del sueño

para remover o modificar aquellos hábitos que influyen negativamente en la calidad de sueño. En los casos más severos se sugiere la aplicación de terapia cognitivo conductual y, si estos recursos no resultan efectivos, se recomienda la evaluación por parte de un profesional calificado en salud mental.

## Referencias bibliográficas:

- Aldás, A., y Poveda, M. (2021). Creencias irracionales y síndrome de burnout en el personal de salud del hospital José maría Velasco Ibarra de la ciudad del Tena en tiempo de covid-19. *Revista Unemi*, 5(9), 108-117. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp108-117p>
- Alkind, N. (1998). *Métodos de investigación*. Prentice Hall Hispanoamericana.
- Álvarez, F., López, M., y Ruz, M. (2021). Secuelas Médicas De La Covid-19. *Medicina Clínica*. 157(8), 388–394. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Antúnez, Z., y Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Arenas, M., y Puigserver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Baumer, Y., Farmer, N., Premeaux, T., Wallen, G., y Powell-Wiley, T. (2020). Health disparities in COVID-19: addressing the role of social determinants of health in immune system dysfunction to turn the tide. *Frontiers in public health*, 8(1), 589. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.559312>

- Bermejo, F., Peña, W., y Espinoza, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Rev. Acta Médica Peruana*, 37(1), 88-93.
- Bianchi, R.; Schonfeld, I.S.; Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36(1), 28 - 41.
- Blukacz A., y Cabieses, B. (2020). COVID-19: leaving no one behind in Latin America. *The Lancet*, 396(10257), 1070. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32073-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32073-0).
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... y Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bond, F., Lloyd, J., y Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of occupational and organizational psychology*, 86(3), 331-347. <https://doi.org/10.1111/joop.12001>
- Broche, Y., Fernández, E., y Reyes, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), 2488. Recuperado en 09 de noviembre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007&lng=es&tlng=es).
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Cabezas, C. (2021). Pandemia de la COVID-19: Tormentas y retos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 603-4.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6866>
- Cacioppo, J., y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cardoso, E, Furtado, L., y Sobral, F. (2020). La Epidemia de Burnout durante la Pandemia de COVID-19: El papel del LMX en la reducción del estrés crónico de los médicos. *Revista de Administração de Empresas*. 1 (12), 426-436.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020200606>
- Carlson, N. (2013). *Fisiología de la conducta*. Pearson Educación.
- Carrillo, P., Barajas, K, Sánchez, I., y Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-20.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es).
- Casas, I., y Mena, G. (2021). La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 156(10), 500-502. doi:10.1016/j.medcli.2021.03.001
- Casas, J., Repullo, J., y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Revista de calidad asistencial*, 17(4), 237-246. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77511-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77511-8)
- Castaño, E., y del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Castro L. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista médica de Chile*, 148(2), 143-144. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>

- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
- CEPAL (2020). *Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45602/1/S2000313\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45602/1/S2000313_es.pdf)
- CEPAL (2021). *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2020*.  
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46070-estudio-economico-america-latina-caribe-2020-principales-condicionantes>
- Cevallos, G., Calle, A., y Ponce, O. (2020). Impacto social causado por la COVID-19 en Ecuador. *3C Empresa: Investigación y Pensamiento Crítico*, 1, 115–127.  
<https://doi.org/10.17993/3cemp.2020.edicion especial1.115-127>
- Chauca, R. (2021). La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(1), 587-591.
- Cheng, Z., y Shan, J. (2020). Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection*, 48(2):155-63.  
<https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y>
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica. Desclée de Brouwer*.
- Coello, C. (6 de agosto de 2021). *Despedidos del IESS Quito Sur*. Recuperado de:  
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/lo-menos-que-pueden-hacer-es-devolvernos-la-estabilidad-laboral-el-pedido-del-personal-sanitario-despedido-del-iess-quito-sur-97886>
- Correa, Q., Vélez, D., García, J., y Castillo, M. (2020). La COVID-19 y su impacto en la pobreza de Ecuador: método de escenarios. *Contaduría y administración*, 65(5), 5.

- Dahlberg, L., Agahi, N., y Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of gerontology and geriatrics*, 75, 96-103.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- De la Vega, G. (2016). *La investigación documental en la enseñanza de las ciencias sociales y las humanidades*. UNAM
- Del Rio, C., y Malani P., (2020) Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians. *Rev. JAMA*. 323(11):1039-1040. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1490>
- Díaz, D. (2021). Efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la familia. *Revista San Gregorio* 1 (48), p. 1-6. <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i48.1833>
- Domínguez, C., García, J., Ruiz, F., Espejo, B., Guerrero, P., Sánchez, E., y Sánchez, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 40(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>
- Donovan, N., Wu, Q., Rentz, D., Sperling, R., Marshall, G. A., y Glymour, M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International Journal of geriatric psychiatry*, 32(5), 564-573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Donthu N, Gustafsson A. (2020). Effects of COVID-19 on business and research. *Journal of business Research*. 117, 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.06.008>
- Eslaba, D. (2021). Enfermería Retos y desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 5-8. <https://doi.org/10.22463/17949831.3134>
- Espinosa, M., Orozco, L., y Ybarra Sagarduy, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Rev. Salud mental*, 38(3), 201-208. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>.
- Fang, X. H., Wu, L., Lu, L. S., Kan, X. H., Wang, H., Xiong, Y. J., ... y Wu, G. C. (2021). Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a

Chinese explanatory study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-8. DOI: 10.1186/s12888-020-02998-y

Felman, A. (20 de agosto de 2021). *Salud mental: Definición, trastornos comunes, primeras señales y más*. Recuperado el 20 de noviembre de 2021 de:  
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental>

Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and ageing*, 47(3), 392-397. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>

Gilla, M., Giménez, B., Moran, V. & Olaz, F.. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>

Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., y Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs. *Psychological assessment*, 23(4), 970. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024135>

Grande E. y, Abascal, E. (2011). *Fundamentos y técnicas de investigación comercial*. Editorial Esic.

Hasöksüz, M., Kiliç, S., y Saraç, F. (2020). Coronaviruses and Sars-cov-2. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(9), 549-556. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-127>.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvo-lensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Fosyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a work-ing model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>

- Hernández, P.R., Aguilar, H.I., Hernández, N.A., (2020). COVID-19: apuntes desde una revisión integradora. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 27(3):369-410. ISSN: 2520-9078
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editores SA de CV.
- Hernando, J. E. (2021). Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(2), 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.11.004>
- Huamaní, A. E. (2018). Estrés y satisfacción laboral en enfermeros de servicios críticos en una clínica de Lima. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería* 3(1):38-43 <http://dx.doi.org/10.24314/rcae.2018.v3n1.08>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* 52(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill Interamericana.
- Khoo, E. J., & Lantos, J. D. (2020). Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Rev. Acta Paediatrica*, 1–3. <https://doi.org/10.1111/apa.15307>
- Kotera, Y., Ozaki, A., Miyatake, H., Tsunetoshi, C., Nishikawa, Y., y Tanimoto, T. (2021). Mental health of medical workers in Japan during COVID-19: Relationships with loneliness, hope and self-compassion. *Current Psychology*, 40(12), 6271-6274. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01514-z>

- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée Brouwer.
- Limón, R. (4 de abril de 2021). ¿Estamos preparados para el próximo virus? <https://elpais.com/ciencia/2021-04-04/habra-mas-pandemias-estamos-preparados-para-el-proximo-virus.html>. Diario El País.
- Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35.
- Medina, O., Araque, F., Ruiz, L y Riaño, M. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 755-761. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>
- Mingote, A., y Pérez, S. (2013). *Estrés en la enfermería el cuidado del cuidador*. Ediciones Díaz de Santos.
- Molina Prendes, N, y Mejias Herrera, M. (2020). Impacto social de la COVID-19 en Brasil y Ecuador: donde la realidad supera las estadísticas. *EDUMECENTRO*, 12(3), 277-283. Epub 22 de junio de 2020. Recuperado en 28 de junio de 2022, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742020000300277&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000300277&lng=es&tlng=es)

Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Rev. Medicina respiratoria*. 13 (2): 71-77.

Moncada, B., Suárez, M., Duque, L., Escobar, K. (2021). Estrés Laboral En Personal Médico Y Enfermería De Atención Primaria Ante La Emergencia Sanitaria Por Covid-19. *Rev. Perfiles*. 1(25), 13–23. <https://doi.org/10.47187/perf.v1i25.109>

Monterrosa Castro A, Dávila Ruiz R, Mejía Mantilla A, Contreras Saldarriaga J, Mercado Lara M, Flores Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*.;23(2),195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>

Ministerio de Salud Pública [MSP] (2022). *Efectividad de la vacuna COVID-19 supera el 78%*. <https://www.salud.gob.ec/efectividad-de-la-vacuna-covid-19-supera-el-78/>

Namcela, S., López, I., Serrano, Chiriboga, J y Sigüenza, A. (2022). Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 13(1), 13-25.

Narro, K., y Vásquez, G. (2020). Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico covid-19. Red de salud Virú, marzo - mayo 2020. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(4), 372-377. <https://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.772>

Obando, R., Arévalo, J. M., Aliaga, R. A., y Obando, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 29(4), 225-229. Epub 01 de noviembre de 2021. Recuperado en 28 de junio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&tlng=es).

- Olivares, V (2017). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Olivares, V., y Gil, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(3), 160-167. ISSN-e 0718-2449
- Organización Mundial de la Salud (21 de junio de 2022). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Recuperado 24 de junio de 2022 de: <https://covid19.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (20 de octubre de 2016). *Depresión*. Recuperado el 21 de noviembre de 2021 de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de abril de 2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Situation Report N. 93*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200422-sitrep-93-covid-19.pdf?sfvrsn=35cf80d7\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200422-sitrep-93-covid-19.pdf?sfvrsn=35cf80d7_4)
- Organización Mundial de la Salud. (8 de abril de 2020). *Coronavirus, prevención y síntomas*. Recuperado el 21 de noviembre de 2021 de [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
- Organización Panamericana de la Salud (22 de octubre de 2021). *Informe de situación COVID-19*, n.61. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55116>
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de agosto de 2021). *Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ortega, D. (2021). *Guía didáctica del Prácticum 4.1*. Ediloja.

- Ortiz, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología*, 36 (3), 135-143. <https://hdl.handle.net/11441/88546>
- Ortiz, J. (12 de noviembre de 2020). Investigación exploratoria: tipos, metodología y ejemplos. *Lifeder*. <https://www.lifeder.com/investigacion-exploratoria/>
- Palma, E., y Escarabajal, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Parco, X. A. (2021). *Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con Covid 19 en Quito-Ecuador*. Repositorio institucional. (Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24616>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. ISSN: 0185-1594
- Pazmiño, E., Alvear, M., Saltos, I., y Pazmiño, D. (2021). Factors associated with psychiatric adverse effects in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic in Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.12.00>
- Peña, B., y Rincón B. (2020). Generalidades de la Pandemia por COVID-19 y su asociación genética con el virus del SARS. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 52. 83-86. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n2-2020001>
- Peralta, M. (2019). *Un villano llamado estrés: Cómo impacta en nuestra salud*. Pirámide.
- Perman, G., Puga, C., Ricci, I., Terrasa, S. (2020) Daños colaterales de la pandemia por COVID-19. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 40(4), 185-190.

- Petruzzi, R. (2022). The Relationship between Psychological Flexibility, Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Community Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic (Doctoral dissertation, Franklin University).
- Prieto, D., Bravo, A., Gianella, L., de Pierola, I., Luna, G., Merea, L. y Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), 26(2), 425.  
<http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Prikhidko, A., Long, H., y Wheaton, M. (2020). The effect of concerns about covid-19 on anxiety, stress, parental burnout, and emotion regulation: the role of susceptibility to digital emotion contagion. *Frontiers in Public Health* 8(1), 2-4.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.567250>
- Quiroz, G., Vergara, M., Yáñez, M., Pelayo, P., Moreno, R., y Mejía, M. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*, 8(1), 20-32. ISSN: 2448-8747
- Ripp, J., Peccoraro, L., y Charney, D. (2020). Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a New York City health system during the COVID-19 pandemic. *Academic medicine*, 95(8), 1136-1139.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003414>
- Rodríguez, A. La salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Rev. Fac. Med.*, 69(2).  
DOI: <https://doi.org/10.15446/revfac-med.v69n2.97128>.
- Rodríguez, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR*, 5 (6), 1-6. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3662>
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos.

*Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)

Romo, K., Rodríguez, E., Maya, S., Rodríguez, J., Rosado, J., García, E. y Benítez, T. (2020). Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(1), 10-32. <https://dx.doi.org/10.35366/96668>.

Rubio, M. A. (2021). Impacto emocional del covid-19 en personal de salud de un hospital público de la ciudad de Quito durante los meses de octubre a diciembre del año 2020. (Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana) Repositorio institucional. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20639>

Ruiz, F. J., y Odriozola, G. P. (2016). The role of psychological inflexibility in Beck's cognitive model of depression in a sample of undergraduates. *Anales de psicología*, 32(2), 441-447. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.214551>

Ruiz, G. y León, A. (2020). Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 11(1), 5-15. <http://dx.doi.org/10.47244/cssn.Vol11.Iss1.441>

Rus, E. (05 de febrero, 2021) Investigación descriptiva. Economipedia.com. Recuperado el 20 de febrero de 2022 de: <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-descriptiva.html>

Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Villaroel, P. (2020). Sintomatología asociada a Trastornos de Salud Mental en Trabajadores Sanitarios en Paraguay: COVID-19. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>

Samper, P., Tur, A., Mestre, M., & Cortés, M. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (3), 431-441. ISSN 1577-7057 <https://www.redalyc.org/pdf/560/56080314.pdf>

- Sánchez B. y, Isabel M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25(1), 123-141. Doi: 10.21134/rpcna.2020.mon.2041
- Sánchez, J. (2007). *Manual Escala de Bienestar Psicológico*. Universidad de Valencia
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.
- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y consecuencias del burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 44-54. ISSN-e 0718-2449
- Sociedad Española de Psiquiatría (5 de mayo de 2020). Cuidando La Salud Mental Del Personal Sanitario. Recuperado el 04 de mayo de 2022 de:  
<http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
- Soto, V. (2021). *Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en personal médico durante la pandemia COVID-19*. (Tesis de grado, Universidad de Lima). <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13248>
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Torres, F., Irigoye, V., Moren, A., Ruilova, E., Casares, J., y Mendoza, M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 126-136. <https://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Universidad John Hopkins (15 de November de 2021). *COVID-19 Dashboard*.  
<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

- Urgilés, S., y Vilaret, A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito. (Tesis de maestría, Universidad Internacional SEK).  
[https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3970/2/Plan de investigación corto de artículo científico.pdf](https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3970/2/Plan%20de%20investigaci%C3%B3n%20corto%20de%20articulo%20cient%C3%ADfico.pdf)
- Valero, N., y Vélez, A. (2021). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.  
<http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>.
- Velarde, C., Fragua, S., y García, J. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Pino, D., y Tapia, E. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Researchgate*, 25(2), 1-6. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., y Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5),1729.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weiten, W., y Lloyd, M. (2008) *Psicología aplicada a la vida moderna*. Cengage
- Westreicher, G. (10 de marzo, 2021). *El muestreo*. Economipedia. Recuperado el 12 de Abril de 2022 de: <https://economipedia.com/definiciones/muestreo.html>
- Zhang Y, Wang C, Pan W, Zheng J, Gao J, Huang X, et al. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Front Psychiatry*, 6(2), 1154.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565520>

## Apéndice

### Apéndice A. Instrumentos de evaluación aplicados

Para la realización del presente trabajo de investigación se realizó la aplicación de los siguientes instrumentos de evaluación que se consideraron convenientes: Cuestionario sociodemográfico y laboral, Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala de Soledad (UCLA-3) El Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II) y, Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21); mismos que se detallan a continuación.

#### Cuestionario sociodemográfico y laboral

Género: Masculino  Femenino  Otro

Ciudad de trabajo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: soltero casado/unión libre viudo divorciado

La zona que trabaja es: urbana rural Su remuneración es de: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato: nombramiento permanente nombramiento provisional

libre nombramiento y remoción servicios ocasionales , Otro

Horas que trabaja diariamente: \_\_\_\_\_ Trabaja usted en turno: Sí\_\_ No\_\_

La institución provee de recursos necesarios para su trabajo:

totalmente  medianamente  poco  nada

Título: \_\_\_\_\_

Tiempo de experiencia laboral: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Tipo de institución: pública  privada

En el último año usted ha tratado pacientes con riesgo de muerte: sí  no

¿Siente que su trabajo consume tanta energía que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí\_\_ no\_\_

¿Siente que su trabajo toma tanto tiempo que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí\_\_ no\_\_

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? sí\_\_ no\_\_

### **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

0= Nunca

1= Una vez al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Algunas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Varias veces a la semana

6= Diariamente

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							

15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

## Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21)

0= Nada aplicable en mí

1= Aplicable a mí en algún grado

2= Aplicable en mí en alto grado

3= Muy aplicable en mí

	0	1	2	3
1. Me costó mucho relajarme.				
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.				
4. Se me hizo difícil respirar.				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.				
6. Reaccioné exageradamente ante ciertas situaciones.				
7. Sentí que mis manos temblaban.				
8. Sentí que tenía muchos nervios.				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico				
10. Sentí que no tenía nada por qué vivir.				
11. Noté que me agitaba.				
12. Se me hizo difícil relajarme.				

13. Me sentí triste y deprimido.				
14. No toleré nada que interrumpiera lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estaba al borde de pánico.				
16. No me pude entusiasmar por nada.				
17. Sentí que valía muy poco como persona.				
18. Sentí que estaba muy irritable.				
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo				
20. Tuve miedo sin razón.				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.				

### El Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II)

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quisiera.								
2. Tengo miedo de mis sentimientos.								
3. Me preocupa ser incapaz de controlar mis preocupaciones								
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.								
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.								
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.								
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.								

### Escala de Soledad (UCLA-3)

1= A menudo

2= Con frecuencia

3= Raramente

4= Nunca

	0	1	2	3
1. Me llevo bien con la gente que me rodea.				
2. Me falta compañía.				
3. No tengo a nadie con quien pueda contar.				
4. Me siento solo.				
5. Me siento parte de un grupo de amigos.				
6. Tengo mucho en común con los que me rodean.				
7. Sentí que mis manos temblaban.				
8. Mis intereses no son compartidos.				
9. Soy una persona abierta, extrovertida.				
10. Me siento cercano a algunas personas.				
11. Me siento excluido, olvidado por los demás.				
12. Mis relaciones sociales son superficiales.				
13. Pienso que realmente nadie me conoce bien.				
14. Me siento aislado por los demás.				
15. Puedo encontrar compañía cuando lo necesito.				
16. Hay personas que realmente me comprenden.				
17. Me siento infeliz por estar tan aislado.				
18. La gente está a mi alrededor, pero no la siento conmigo.				
19. Hay personas con las que puedo hablar y comunicarme.				
20. Hay personas a las que puedo recurrir.				